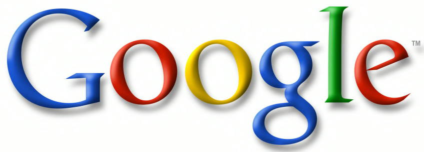
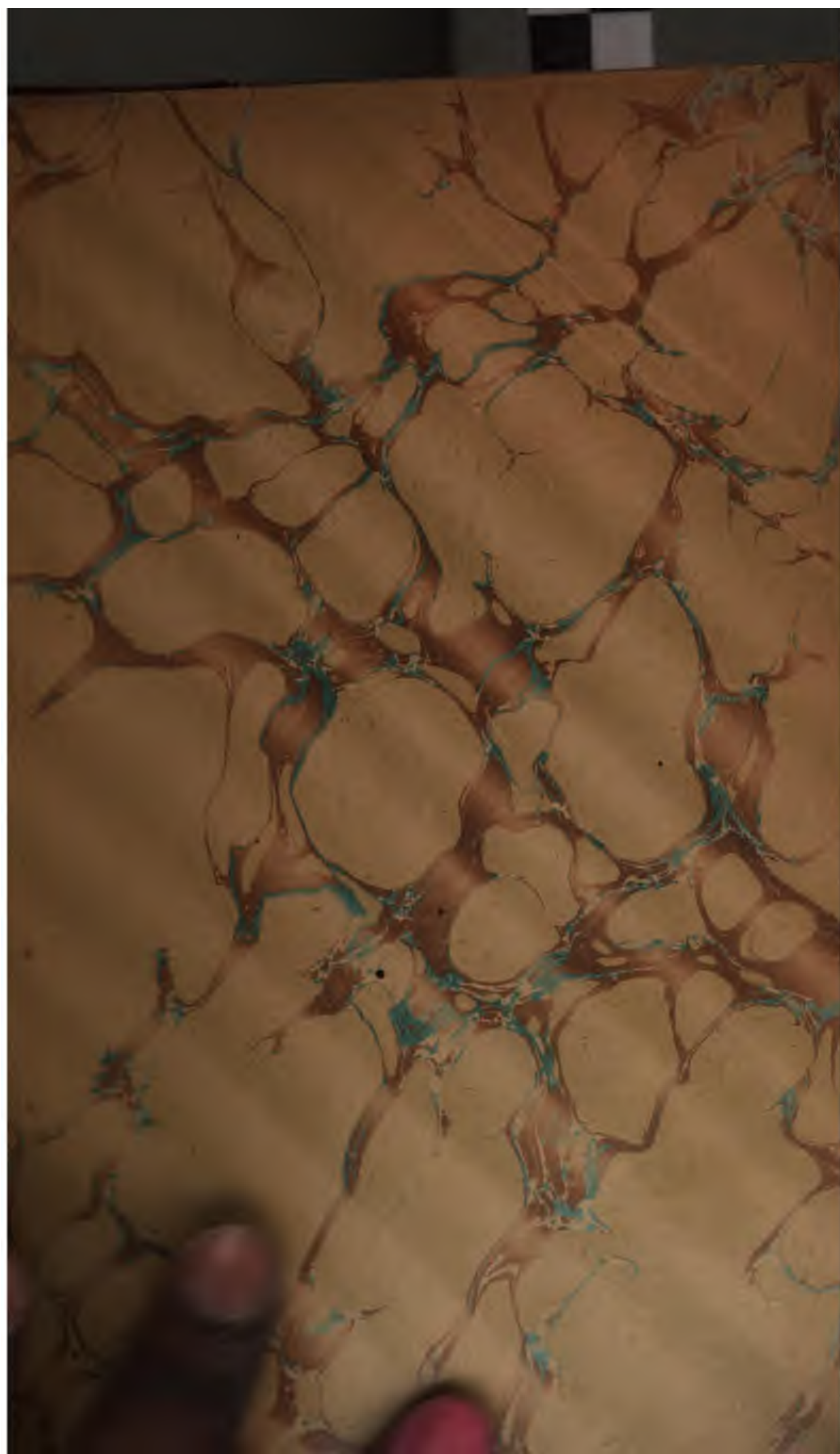




LEÇONS

DE CHIRURGIE

LEÇONS

DE CHIRURGIE

(LA PITIÉ, 1893-94)

PAR

LE Dr FÉLIX LEJARS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

AVEC 128 FIGURES DANS LE TEXTE



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895

LEÇONS
DE CHIRURGIE

(LA PITIÉ, 1893-94)

PAR

LE Dr FÉLIX LEJARS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

AVEC 128 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895

Ka

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LÉON LE FORT

J'ai eu l'honneur d'être chargé, pendant l'année 1893-94, d'un cours de Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

J'ai consacré à cette lourde tâche tout mon temps et toutes mes forces, et j'ai cru de mon devoir de suivre l'exemple de devanciers qui sont mes maîtres, en publiant ces leçons.

La chirurgie réparatrice des membres, la chirurgie des organes génito-urinaires, la gynécologie y tiennent une large place. Notre statistique témoigne de l'activité qui a régné dans nos salles. Je me suis heurté maintes fois à des problèmes discutés de thérapeutique chirurgicale, à des questions d'actualité, et j'ai dû prendre parti, puisqu'il me fallait agir. Je me suis efforcé de suppléer à ce qui me manquait, en expérience, par une ardente volonté de m'instruire et de bien faire.

Ne jamais sortir du terrain pratique; associer, à tout instant, ceux qui m'écoutaient, à l'analyse des données cliniques, à la recherche consciencieuse des indications, à l'appréciation sincère des résultats : telle était la règle que je m'étais imposée. Je me suis livré tout entier à mes élèves; j'ai voulu que tout en moi leur fût un enseignement, que mes hésitations et mes fautes leur servissent encore.

J'ai contracté de nombreuses dettes de reconnaissance, et je m'en acquitte bien volontiers.

Je remercie, et de tout mon cœur, mes internes, mes élèves, mes auditeurs, tous ceux qui m'ont entouré de leurs sympathies et encouragé de leur zèle. Leur nombre et leurs suffrages ont été ma récompense. C'est pour eux que j'ai écrit ces leçons; qu'elles leur soient utiles, et j'aurai réalisé toute mon ambition.

Une fois de plus, je veux redire à mes internes, qui sont devenus mes amis, MM. Diriart, Gesland, Pasteau, Isidor, Guillemot, toute l'estime et toute l'affection que j'ai pour eux. Ils ont supporté seuls avec moi la charge d'un service que les circonstances rendaient souvent pénible. Ils ont fait plus que leur devoir.

Je suis très reconnaissant à M. Masson du gracieux accueil qu'il me réservait, et du soin qu'il a bien voulu mettre à l'édition de ces leçons. — Mon ami Daleine m'a prêté le concours de son beau et consciencieux talent : il sait ce que je pense de lui.

J'ai été chargé de ce cours à la mort de mon maître Léon Le Fort; je l'ai commencé au milieu de ses derniers élèves : c'était lui que je suppléais une dernière fois. Son souvenir ne m'a jamais quitté, dans ces salles où j'avais passé deux années à ses côtés. Et j'ai voulu dédier ce livre, en humble hommage, à la mémoire du maître de qui je tiens le meilleur de ce que je pense, de l'homme que j'ai le plus chèrement aimé.

Félix LEJARS.

30 janvier 1895.

LEÇONS
DE
CHIRURGIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I

LE POULS EN CHIRURGIE

Le pouls du praticien, ses trois caractères. — Le pouls dans l'anesthésie chloroformique : alertes blanches, alertes bleues. — Dans les grands traumatismes. — Après les hémorrhagies. — Le pouls infectieux. — Le pouls cérébral. — Le pouls dans les infections péritonéales : types et tracés, indications de pronostic et d'intervention. — Les anomalies individuelles du pouls.

Messieurs,

Je viens plaider devant vous une cause vieillie, démodée, toujours intéressante pourtant; je veux parler du pouls, et des indications qu'il fournit, en chirurgie, au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Je vous parlerai peu du sphygmographe et des tracés, je me tiendrai sur le terrain de la clinique journalière, courante, banale, je n'aurai en vue que le *pouls du praticien*, celui que chacun de vous peut explorer partout, à toute heure, dans tous les milieux, avec son doigt et sa montre, et qui, tel quel, sous cette forme fruste, ne vous en sera pas moins, bien interprété, d'un immense secours.

Il y a trois caractères principaux du pouls, qu'il faut savoir analyser et soumettre à une étude méthodique : sa *fréquence*, son *amplitude*, son *rythme*. Pouls fréquent ou ralenti, pouls fort ou petit,

pouls régulier, vibrant à intervalles égaux, ou intermittent, tels sont, avec des variétés et des nuances innombrables, les traits fondamentaux à rechercher et à comparer. Au milieu des types et des dénominations bizarres qui ont encombré jadis la nomenclature médicale, on retrouve toujours l'un ou l'autre de ces trois éléments scientifiques du pouls, et c'est en l'étudiant à ce triple point de vue que l'on en déduit la véritable signification.

L'histoire de chaque jour nous fournirait des exemples, mais il faut nous borner et limiter notre étude à un certain nombre d'états cliniques, au cours desquels l'examen du pouls est d'importance majeure, et les faits ne nous manqueront pas. Voyons donc ce que nous sommes en droit d'attendre du pouls : 1° dans l'*anesthésie chloroformique*; 2° après les *grands traumatismes*; 3° après les *hémorrhagies*; 4° dans les *affections inflammatoires* franches et dans les *états infectieux*; 5° dans les *affections de la tête*; 6° dans les *affections abdominales*. — Que mon programme soit court par de nombreux endroits, je le sais; mais je ne veux que poser quelques jalons et vous montrer une voie.

Le pouls dans l'anesthésie chloroformique est, pour nous, d'exploration journalière. Il faut examiner le pouls avant, pendant, après l'anesthésie.

Avant, il nous fournira des renseignements préliminaires, indispensables, il nous révélera l'état du cœur et de la circulation. L'auscultation nous indiquera d'une façon plus précise les lésions cardiaques, c'est vrai; mais le pouls nous dira si la lésion est bien compensée, si le myocarde est encore puissant. Si le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, le danger est certain, car l'asystolie est imminente, et le cœur, déjà forcé, n'offrira que peu de résistance à la syncope. Il m'est arrivé maintes fois, comme à tout le monde, d'endormir des cardiaques, dont les lésions valvulaires étaient très accusées et très soufflantes, et de n'avoir aucune espèce d'alerte. Je me souviens d'avoir coupé la cuisse, ici même, en 1892, à un homme de 50 ans qui présentait une insuffisance aortique des plus complètes : il avait un anévrysme diffus, envahissant, du creux poplité, et l'urgence d'une amputation s'imposait. Tout se passa à merveille; je dois dire que, malgré l'intensité du souffle valvulaire, le cœur, très hypertrophié, compensait parfaitement la lésion, et le pouls était très régulier. — Au contraire, chez

une femme que je vis à l'Hôtel-Dieu en 1893, et qui portait un fibrome utérin de volume moyen, je me refusai à toute intervention active, pour cette raison qu'avec une lésion mitrale des mieux caractérisées, il existait tous les signes d'une circulation périphérique troublée et d'un myocarde profondément atteint : le pouls était petit, coupé de longues intermittences, brusque à certains moments, ralenti à d'autres, et des plaques bleuâtres se détachaient aux pieds, aux mains et à la face. En résumé, *lésion cardiaque non compensée, myocarde malade, chloroforme dangereux* : telle est la formule qui me paraît la plus sage; et c'est l'état du pouls qui nous donnera, en pareil cas, des notions précises.

Il est de règle, *au cours de la chloroformisation*, de faire tenir constamment le pouls, et la règle est excellente; pourtant, comme nous allons le voir, c'est l'examen de la respiration qui doit alors primer tout. Dans une anesthésie normale, le pouls augmente, d'ordinaire, un peu de fréquence, au début, pendant la période d'excitation, surtout lorsqu'elle est longue et agitée. Le sommeil établi, il devient régulier, de fréquence normale, plutôt un peu plus lent qu'à l'état de veille; si l'anesthésie se prolonge, il diminue de force. Au réveil, il conserve assez souvent, si la séance a été longue, cette faible amplitude, et reste petit et un peu lent; d'ordinaire, dès que le réveil est complet, il devient fréquent et plein, et prend part à cette sorte de réaction générale, qui suit une chloroformisation régulière, de durée moyenne, et une opération peu sanglante, n'entraînant qu'un degré très modéré de shock.

Mais que se passe-t-il, lors des accidents chloroformiques, et de quelle valeur est alors l'examen du pouls? Je prends deux exemples : un homme jeune, grand, vigoureux est amené sur la table d'opération, il s'agit d'extirper un noyau tuberculeux de l'épididyme (je vous parle d'une histoire vieille de près de quinze ans, à laquelle j'assistai au début de mes études médicales, et dont le souvenir m'est resté bien présent); on commence l'administration du chloroforme; un aide tient le pouls : tout à coup il s'écrie qu'il ne le sent plus, la face est très pâle, la respiration est arrêtée : le malade est mort. On mit en œuvre tous les moyens imaginables, on lutta désespérément pendant plus d'une heure, peine inutile : c'était la syncope du début, l'*alerte blanche*, toujours mortelle. Ici le pouls se dérobe brusquement, et déjà, presque toujours, il est trop tard : son arrêt est le signal de la mort. Hâtons-nous d'ajouter que ces

terribles accidents sont très rares : une statistique de 4057 anesthésies, réunies par Wachholz[1], pour ne citer que celle-là, comprend 22 cas d'alerte bleue, d'asphyxie, non mortels, et 6 cas d'alerte blanche, de syncope, dont 2 mortels.

Nous avons eu, dans le courant de l'année, trois *alertes bleues*, et dans toutes les trois, nous avons pu constater que le pouls continuait à battre, alors que la respiration avait cessé: tout naturellement il se ralentit, s'affaisse, et, si l'asphyxie se prolonge, il disparaît à son tour; il est aussi le premier à reparaître, et l'indice que les manœuvres de respiration artificielle ont réussi et que la partie est gagnée. Ainsi en fut-il chez nos trois malades.

A la fin d'une longue chloroformisation, après une opération sanglante et grave, le pouls devient parfois très petit : hâtez-vous, cessez toute inhalation, faites des piqûres d'éther ou de sérum, terminez au plus vite l'intervention, si vous voulez éviter la syncope terminale, la *syncope toxique*, plus lente à venir, mais presque aussi irrémédiable que la syncope du début. A cette période, en effet, il ne s'agit plus ni de spasme laryngé, ni de syncope respiratoire, ni d'un accident brusque d'une nature quelconque, dans la sphère respiratoire ou cardiaque : il s'agit d'un véritable empoisonnement, et dont les effets sont d'autant plus graves, que l'état général est plus précaire et la résistance vitale plus amoindrie. C'est à ce point de vue qu'il est très exact de dire que le chloroforme entre pour une grande part dans le pronostic opératoire de certaines affections, et la hernie étranglée nous en fournit de nombreux exemples. Le pouls doit, en pareil cas, servir de réactif : s'il faiblit, s'il se ralentit, suspendez l'anesthésie, ou continuez-la lentement, prudemment, en laissant beaucoup d'air; la vie dépend de cette attention soutenue.

Je laisse le chloroforme, et je passe à une autre éventualité journalière, les *grands traumatismes*. Un homme est apporté sans connaissance, il vient d'être renversé par une voiture, de tomber d'un échafaudage, etc. Il a un membre écrasé; il est pâle, inerte, le pouls est fréquent et très petit : il conserve cette fréquence et cette faiblesse alors même que le blessé est sorti de sa torpeur. Qu'allez-vous faire? Conclure à un shock traumatique grave, et,

1. Léo Wachholz. *Bemerkungen über die Chloroformnarkose.* (*Archiv. f. klin. Chir.* Bd. XLIII, 2, 1892, p. 456.)

avant de recourir à une amputation, attendre que l'état général se relève et que le pouls, en reprenant sa teneur moyenne et une certaine amplitude, en témoigne. Nous savons bien, et M. Verneuil a longuement insisté sur ces faits, qu'une intervention importante, entreprise au cours de cette période de shock, entraîne les plus graves dangers immédiats. Encore une fois, il faut saisir le moment où la résistance vitale est reconnue suffisante, et c'est l'état du pouls qui en sera le meilleur indice. — Autre situation : à la suite d'un traumatisme pareil, le pouls est toujours petit, comme il l'était tout à l'heure, mais, de plus, il est lent, très lent, et les pulsations, peu marquées, mal timbrées, pourrait-on dire, s'égrènent les unes après les autres, à longs intervalles : il n'y a plus seulement le shock traumatique banal, il y a là les signes, l'expression du *shock cérébral*, de la commotion cérébrale grave, et plus longtemps le pouls garde ce caractère, plus il se ralentit, plus il y a lieu de craindre une profonde atteinte des centres nerveux. Avant même que la motilité volontaire ait reparu, et que les zones paralysées deviennent reconnaissables, l'existence seule de ce pouls rare et petit permet de supposer et de craindre des désordres cérébraux étendus.

Si le blessé a perdu du sang, et beaucoup de sang, la faiblesse de la pulsation radiale sera encore un signe précieux, et qui confirme la signification des autres indices, de la pâleur de la face et des muqueuses, car il est telles circonstances où le pouls devient, en pareil cas, véritablement révélateur. — Une fillette de quatorze ans est opérée, dans un hôpital voisin de celui-ci, pour un sarcome du maxillaire supérieur : on tamponne la vaste brèche, et l'hémostase paraît bien assurée : tout l'après-midi, la petite opérée demeure parfaitement calme; vers le soir, à la contre-visite, l'interne, s'approchant de son lit, lui prend la main, et constate avec stupeur que le pouls radial est presque imperceptible. Que s'est-il passé? L'enfant est en pleine connaissance, un peu alourdie seulement: le tamponnement, du moins ce que l'on en aperçoit par la bouche ouverte, semble bien tenir. On soulève la petite malade, et pendant ce mouvement, elle est prise d'un effort de vomissement, et rend une pleine cuvette de sang. Le tampon n'était pas suffisamment tassé, et, à la partie toute profonde de la cavité, du sang suintait, et avait suinté toute la journée, dégluti à mesure et insen-

siblement. Malgré tous les soins, malgré une transfusion *in extremis*, la petite opérée succombait dans la soirée. — L'an dernier, à l'hôpital Necker, je trouve, dans un des lits de la salle Civiale, un malade, apporté de la nuit, pâle, en pleine connaissance, et qui ne peut nous dire qu'une seule chose : qu'il souffre du ventre depuis la veille; de fait, son ventre est très tendu, sans qu'on puisse y déceler aucune tumeur; mais je suis frappé de la *petitesse extrême de son pouls, un pouls d'agonisant, tout petit, tout frêle, tout vague*, et qui contraste avec l'aspect général du malade. Je ne savais trop à quelle hypothèse m'arrêter, je fais un traitement de symptômes, et je m'éloigne : quelques minutes après, le malade se soulevait sur son lit, et retombait mort. A l'autopsie nous trouvions l'intestin grêle absolument gorgé de sang : de toute évidence, il s'était produit une ulcération artérielle sur le trajet de l'intestin, probablement au niveau du duodénum, où, malgré la difficulté de les distinguer sur cette paroi ramollie et infiltrée, on retrouvait quelques érosions profondes. — Du reste, je n'apprends à aucun de vous que la dépression du pouls révèle, souvent avant tout autre symptôme perceptible, l'*hémorrhagie interne*, et cela est vrai, non seulement dans la fièvre typhoïde, dans les ulcères de l'estomac et de l'intestin, dans les cancers viscéraux, mais dans les *hémorrhagies du pédicule, à la suite des laparotomies*.

Vous allez me dire que le thermomètre, lui aussi, et mieux peut-être, accuse, par ses chutes soudaines, par le degré d'hypothermie, les pertes de sang ou le shock traumatique. Je ne songe pas à le nier, et nous verrons tout à l'heure que ces deux moyens d'exploration, la température et le pouls, par leur combinaison et leur comparaison, sont susceptibles de donner plus de précision et de finesse aux indications cliniques. Mais le pouls s'explore partout et par tous; il joue, si je puis dire, en toute circonstance, le rôle de premier témoin.

Dans les *affections inflammatoires*, pouls et température marchent ordinairement de pair : et le complexus classique de la fièvre comporte à la fois l'élévation thermique et l'accélération du pouls; la corrélation est à peu près constante entre l'une et l'autre : 38°, 38°,5 s'associent, la plus souvent, avec 100 à 110 de pouls; 39°, 39°,5 avec 125 ou 130; 40°, 40°,5, avec 135, 140 : et dans les types réguliers, on voit les deux tracés monter ensemble et osciller en

même temps. Je dirais presque que c'est là le mode fébrile des affections inflammatoires franches, si ce dernier terme n'avait quelque peu perdu de sa valeur, depuis que nous savons que l'origine de toutes ces réactions, locales ou générales, est la même, et que les différences ne reposent que sur des questions de terrain et de virulence. Malgré cela, en clinique, nous distinguerons toujours l'inflammation d'allure franche, quelle qu'en soit l'étendue, de la phlegmasie septique, au cours de laquelle l'empoisonnement général se manifeste dès le début. J'observais, il y a peu de temps, un immense phlegmon par diffusion du membre inférieur gauche : toute la peau de la face externe de la cuisse et de la jambe était, en quelque sorte, décollée et soulevée par une vaste nappe de pus ; la température était élevée, à 39°,5 ou 40°, et le pouls, vibrant et plein, à 125 ou 130 ; l'état général était celui d'une fièvre intense, mais sans dépression inquiétante, et dès que le foyer fut ouvert, lavé et drainé, avec la température, les accidents généraux tombèrent aussitôt. Eh! bien, Messieurs, vous avez déjà vu, vous verrez des phlegmons diffus : le thermomètre marquera aussi 39°,5, 40°, 40°,5, mais prenez le pouls, il ne sera plus à 120 ou 125, il sera à 140, 150, 160 quelquefois, si fréquent, si petit qu'il deviendra de numération difficile ; encore assez ample, au début, très fuyant, *souvent dicrote*, presque toujours irrégulier, à la période confirmée, en pleine infection.

Autre exemple. Nous avons observé, dans les premiers mois de l'année, un cas de septicémie spontanée, qui nous a tous profondément frappés. Un homme entre, salle Michon, avec une tumeur phlegmoneuse de l'avant-bras droit, survenue sans cause appréciable ; quelques jours après, une autre tumeur, de même aspect, apparaît à l'autre avant-bras ; deux phlegmons, qui contenaient, en somme, peu de pus, et ne s'étendaient que dans un rayon étroit : notre homme avait de 38°,5 à 39° de température. Savez-vous combien battait son pouls? 140, 150, 160 dans les derniers jours, et sa fréquence augmentait, à mesure que les accidents généraux devenaient plus graves : c'était le *pouls infectieux*. Le malade, malgré tous nos efforts, succomba. — Chez un autre homme, qui devait aussi succomber, nous avons pu suivre, pas à pas, la succession des deux états, et reconnaître, l'un après l'autre, les deux types différents du pouls : c'était un vigoureux charretier, alcoolique invétéré, qui nous fut amené pour une plaie contuse du genou,

l'articulation avait été ouverte et infectée, le genou suppurait: jusque-là, il n'y avait rien que les signes ordinaires d'une inflammation locale grave, la température était à 39°, le pouls fréquent, mais plein, fort, vibrant; à la suite de l'arthrotomie et du drainage articulaire, les phénomènes parurent s'amender, puis l'affection changea de caractère : la langue se sécha, du délire nocturne survint, et, pendant que le thermomètre se maintenait à peu près au même niveau, le pouls devint extrêmement fréquent, perdit son ampleur, et prit cette allure rapide, brusque, courte, dont nous parlions tout à l'heure. Elle s'accentua encore dans les derniers jours, alors que la température baissait : et nous reverrons bientôt d'autres types de cette dissociation. Ainsi donc, en pareil cas, le pouls, en se modifiant, dénonce l'imminence de l'infection générale, et jusqu'à un certain point, en révèle l'intensité.

Allons plus loin. Il est tel et tel groupe d'*affections régionales* dans lesquelles le pouls acquiert une importance plus grande encore, comme élément de diagnostic, et, par là même, de pronostic et de traitement. Vous avez tous entendu parler du *pouls cérébral*; si vous l'avez constaté une fois, vous n'oublierez jamais ce pouls lent, dont chaque vibration se fait attendre et semble si éloignée de celle qui la précède et de celle qui la suit : pour les traumatismes crânio-cérébraux, par exemple, il dénonce le plus souvent la compression cérébrale.

Une femme de trente-deux ans, entrée salle Lisfranc le 25 septembre 1891, et qui venait d'un service de médecine, avait reçu, cinq semaines auparavant, sur la région pariéto-occipitale gauche, un coup violent qui n'avait laissé qu'une petite cicatrice du cuir chevelu. Depuis une quinzaine de jours, la malade, qui ne s'était d'abord que peu ressentie du traumatisme crânien, accusait, dans la tête, une douleur vive, toujours localisée à la moitié gauche, et, en même temps, sa température, régulièrement prise dans le service de médecine, présentait des oscillations étranges : de véritables accès de fièvre se reproduisaient, à quelques jours d'intervalle, et coïncidaient avec l'exacerbation de l'hémicrânie; quant au pouls, il était de teneur normale, plutôt lent, et se ralentissait au moment des élévations thermiques. Il y avait là les indices d'un foyer endo-crânien, d'un abcès probablement, et la cicatrice cutanée nous indiquait le point à trépaner : le 25 septembre,

j'ouvris le crâne, et je tombai sur une collection purulente, très étendue, et sur une dure-mère rougeâtre, fongueuse, et qui semblait malade déjà dans une très large zone; je vidai soigneusement la cavité, et, après lavage, j'y laissai une mèche de gaze iodoformée : le résultat sembla d'abord satisfaisant, et l'état cérébral s'améliora notablement; mais les lésions étaient déjà diffusées, et, au bout d'une huitaine de jours, les accidents, encore larvés jusque-là, éclatèrent : il survint, dans la nuit, de l'hémiplégie droite et de l'aphasie, *la température monta au-dessus de 40 degrés, pendant que le pouls descendait à* 55 *et* 50, et, malgré une tentative suprême, une trépanation nouvelle, suivie d'un lavage de la dure-mère, la terminaison fatale ne tarda pas. Voilà un type de pouls cérébral : et le tracé ci-contre (fig. 1) vous donnera une bonne idée de cette étrange « fièvre dissociée ».

Ailleurs, l'absence même de ce caractère si spécial du pouls améliore le pronostic et permet d'écarter les prévisions fâcheuses. En décembre dernier, je trépanais à l'Hôtel-Dieu, la nuit, un homme d'une trentaine d'années, que je vous ai présenté il y a peu de temps, et qui avait été blessé à la Chambre des députés, au cours de l'explosion de dynamite. Il avait reçu, en plein front, un de ces clous à grosse tête que contenait l'engin : le projectile avait été retiré aussitôt, mais il restait une perforation esquilleuse du frontal et un enfoncement très net; j'agrandis l'orifice, et je pus extraire un très grand nombre d'esquilles appliquées à la face externe de la dure-mère refoulée, et, en partie, implantées dans son épaisseur. La trépanation avait été assez large, comme vous avez pu en juger sur le malade lui-même, la cavité extra-dure-mérienne nous parut absolument nettoyée; j'y fis un léger tamponnement à la gaze iodoformée, et, durant les premiers jours, tout se passa fort bien. Au bout d'une huitaine de jours, survint une crise épileptiforme, suivie bientôt d'une seconde. *Était-ce le signal de graves complications cérébrales? Non, le pouls était très régulier, de fréquence à peu près normale.* Et, de fait, au bout de quelque temps, une petite esquille fut trouvée dans le pansement, et, du même coup, tous les accidents disparurent. Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Aux membres, la chirurgie journalière nous fournirait de nombreux exemples de ces variations pathologiques du pouls et de leur

intérêt. Je ne veux que les esquisser. Faut-il vous rappeler la valeur

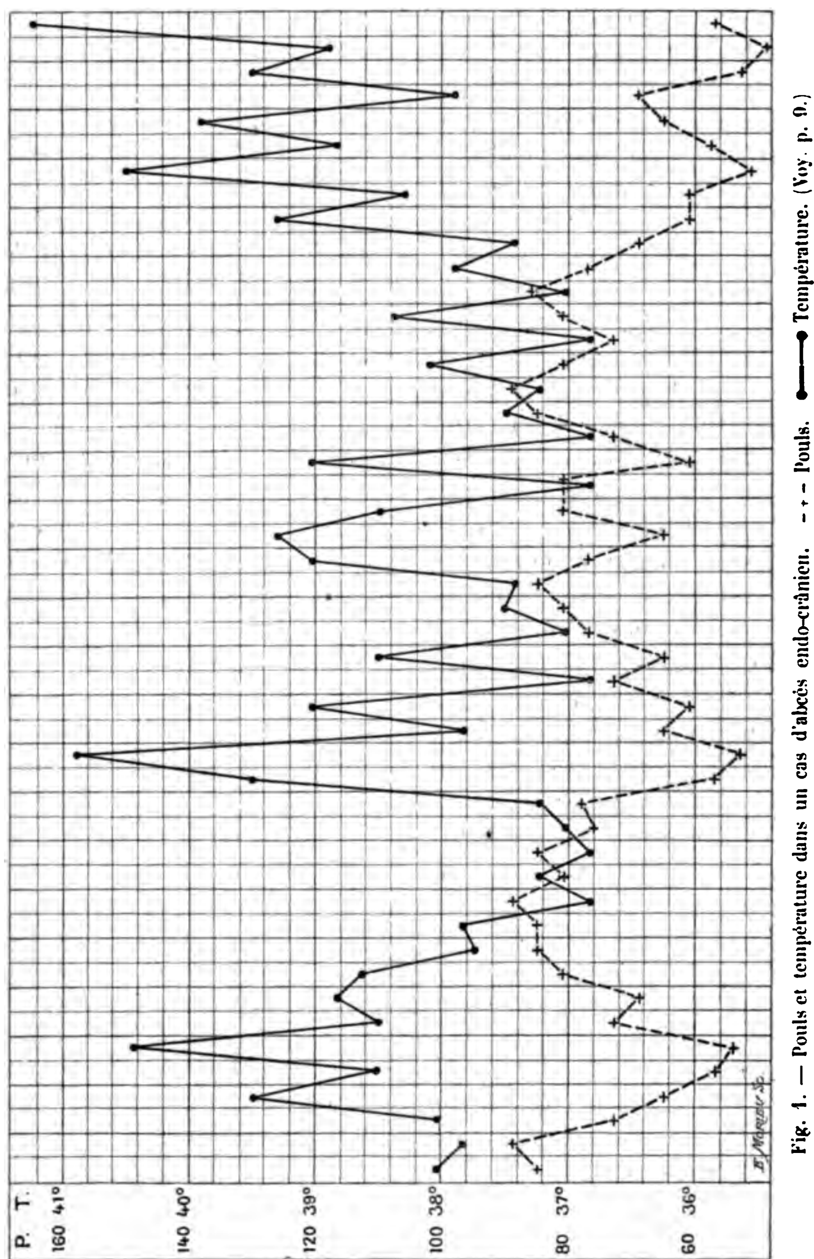


Fig. 1. — Pouls et température dans un cas d'abcès endo-crânien. -+- Pouls. ●—● Température. (Voy. p. 9.)

du pouls *dans les anévrysmes*, dans *toutes les compressions vas-*

culaires, dans *les gangrènes*, dans la *gangrène sénile?* Nous avons opéré dans ces derniers temps, deux anévrysmes traumatiques du membre supérieur : je ne vous en citerai qu'un seul, celui qui siégeait, chez un jeune garçon de dix-huit ans, à la partie inférieure de l'aisselle, sur l'origine même de l'humérale, et qui avait succédé à un coup de couteau. Le pouls ne se percevait plus ni à la radiale, ni au pli du coude; le membre était entièrement parésié et l'anesthésie occupait la main et l'avant-bras. Le sphacèle paraissait imminent. J'extirpai la poche anévrysmale, anévrysme faux, au fond duquel je trouvai l'artère humérale sectionnée en travers, aux trois quarts de son calibre, et dont une mince bandelette retenait seule les deux bouts écartés; l'artère fut liée au-dessous des circonflexes, en haut, au-dessous de la plaie, en bas, et le segment intermédiaire réséqué. Le membre, enveloppé dans une épaisse couche d'ouate, ne présenta aucun indice de désordre vasculaire grave; au bout de deux jours, le pouls reparut, à la radiale, très faible d'abord, puis de plus en plus marqué, et bien que toujours un peu plus petit, reprit des caractères très analogues à ceux du pouls opposé; en même temps, l'anesthésie s'était effacée, et la motilité volontaire s'était en grande partie restaurée.

L'absence du pouls, à l'extrémité d'un membre, à la radiale ou à tibiale postérieure, *est donc toujours un signe de haute importance et qui commande une détermination rapide*. A la suite de certaines luxations, de certaines fractures, à l'épaule surtout, il révèle une lésion vasculaire grave : un homme que je vis à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, était tombé sur l'épaule gauche, un énorme gonflement occupait tout le moignon, et, en dessous, une grosse tumeur fluctuante, violacée à sa surface, remplie de sang, descendait de l'aisselle jusqu'au coude; un examen minutieux permit de reconnaître que la tête humérale n'était pas à sa place; mais d'où venait cette volumineuse collection sanguine? Elle ne battait pas; n'était-elle due qu'à la rupture d'une grosse veine profonde; existait-il une lésion de l'artère? Le pouls donnait la réponse : il manquait totalement à la radiale, et par cela seul, il devenait certain que l'artère humérale était intéressée, qu'elle était rompue ou comprimée par la tête luxée.

Si j'avais mieux exploré le pouls de la tibiale postérieure, je me serais évité, étant interne à l'hôpital Cochin en 1884, le tourment et l'inquiétude que je vais vous dire. Un jeune homme est

apporté, dans la soirée, avec une fracture de la jambe gauche, fracture comminutive, siégeant à la partie moyenne, accompagnée d'une mobilité extrême et d'une crépitation en sac de noix, qui décèle un véritable broiement des deux os. Pourtant la peau est intacte, et j'applique, suivant l'usage du service, un appareil de Scultet, dûment ouaté, et serré juste assez pour assurer une contention provisoire : le malade s'y trouve bien, et ne se plaint pas de la nuit. Le lendemain, je constate avec effroi que le pied est insensible, glacé, qu'il n'y a plus de pouls à la pédieuse ni aux tibiales, et il en est ainsi jusqu'au genou : sphacèle traumatique confirmé, qui résiste à toutes les tentatives, et nécessite l'amputation. Avais-je donc gangrené ce membre, sous un Scultet ouaté, nullement serré, et sans que le blessé eût témoigné de la moindre souffrance?

L'autopsie de la pièce tranquillisa ma conscience : les deux os étaient brisés en fragments multiples et en esquilles de toute forme, et, au niveau de la fracture, tous les muscles dilacérés; les artères tibiales, antérieure et postérieure, et péronière étaient déchirées, rompues et étirées, et leur segment sous-jacent vide de sang; le sphacèle relevait donc de ces lésions vasculaires primitives, d'extension et de gravité anormales, et il est évident que, si j'avais exploré la pédieuse ou la tibiale postérieure derrière la malléole, à l'entrée du malade, j'aurais relevé l'absence du pouls et prévu la complication fatale que l'état extérieur du membre ne pouvait guère faire craindre.

En manière de conclusion, je dirai qu'il est de pratique prudente, en présence d'un traumatisme un peu considérable d'un membre, de toujours se rendre compte, d'avance, de l'état du pouls. Vous savez, d'ailleurs, qu'en certaines conditions, dans la gangrène sénile, par exemple, les battements cessent dans l'artère principale, *bien au-dessus de la zone sphacélée*, ou, du moins, cessent d'y être perceptibles.

Mais j'ai hâte d'arriver à une sphère morbide, dans laquelle le rôle du pouls devient si important, qu'il prime même les indications de la température : je veux parler des *affections chirurgicales de l'abdomen*, et de l'étude du pouls, dans les péritonites, de toute nature et de toute origine, dans l'occlusion intestinale, dans l'étranglement herniaire, etc. Le pouls de la péritonite, qu'elle succède à une plaie pénétrante, à une perforation viscérale, ou qu'elle soit

post-opératoire, revêt des allures bien connues : très fréquent, très petit, très fuyant, il se dérobe sous le doigt, et, souvent irrégulier, il devient, à une période avancée, presque incomptable et imperceptible. *Signe avant-coureur de l'infection péritonéale, il dénonce souvent, avant le thermomètre, avant les accidents fonctionnels, l'imminence du danger.* C'est au degré de fréquence et de petitesse que se mesure la gravité des indications fournies par le pouls. On ne saurait fixer de limites précises, tant ce double caractère varie suivant les cas, et se modifie d'un jour à l'autre, d'une heure à l'autre quelquefois, au cours de l'évolution morbide : pourtant, s'il conserve quelque force, le pouls, fût-il à 140 ou 150, ne constitue pas encore un élément de pronostic entièrement assombri ; au-dessus de ces chiffres, s'il est petit, et surtout si, de plus, il est irrégulier, intermittent, à peine indiqué à certains moments, la situation doit éveiller les plus vives inquiétudes.

Tout récemment, je suis intervenu, *in extremis*, dans deux cas de péritonites suppurées, généralisées, d'origine pelvienne : l'état général était fort précaire, le pouls à 150, mais il était encore assez bien frappé, il vibrait encore sous le doigt, et ce fut d'après cet indice d'une circulation encore active et d'un cœur bien vivant que je me décidai à ouvrir le ventre, à laver et à drainer : seule et dernière ressource, bien décevante, hélas! presque toujours, mais à laquelle on a le droit et le devoir de recourir, comme à un suprême effort pour la vie.

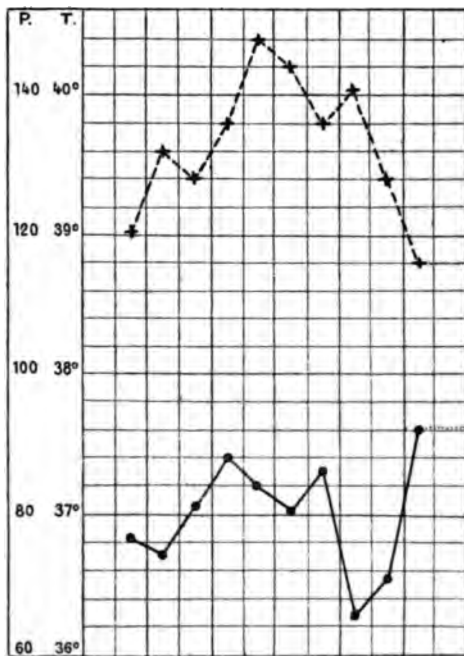


Fig. 2. — Pelvi-péritonite grave. Température presque normale ; pouls très fréquent et très petit.

Nous savons trop à quelle impuissance nous sommes condamnés, en face de ces péritonites généralisées, mais nous savons aussi que

les quelques rares succès ont été obtenus chez des malades, dont le pouls était encore « bon », « à peu près bon », autrement dit, dont la résistance vitale n'était pas encore éteinte.

Je vous disais, Messieurs, qu'en pareille occurrence, pouls et température sont en discordance fréquente : de cette discordance même naissent des indications qui méritent d'être étudiées.

Voyez la courbe thermique que je vous présente (fig. 2), elle paraît bien simple, bien bénigne. C'est vrai; mais, à côté des 37° et 37°,6 de température, il nous faut marquer un pouls de 130, 140, 145 vibrations à la minute; l'interprétation change tout de suite, et de fait, il s'agit d'une jeune femme de vingt ans qui nous était amenée récemment, avec une pelvi-péritonite aiguë grave, si grave que, dans un autre hôpital, on avait proposé une laparotomie immédiate. Heureusement tout se calma peu à peu; à mesure que cessaient et les vomissements, et la dyspnée et le ballonnement du ventre, et les douleurs, la fréquence du pouls tombait aussi et son ampleur se rétablissait.

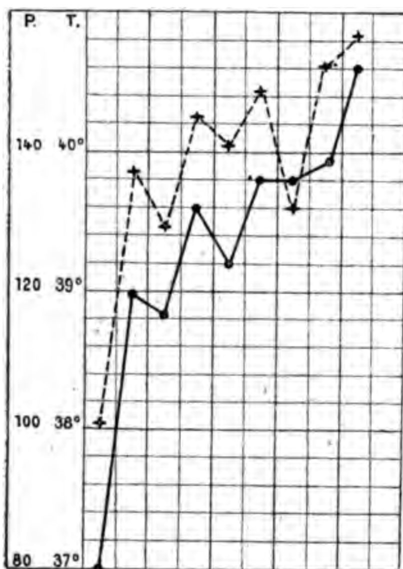


Fig. 3. — Infection péritonéale suraiguë (1er type). Ascension simultanée de la température et du pouls.

Au cours des infections péritonéales, quel qu'en soit le point de départ, il y a plusieurs de ces types discordants, que vous relèverez et dont la signification diffère : voici d'abord deux formes, deux tracés combinés, d'indication fort grave.

Dans l'un (fig. 3), la température monte tout d'un trait, presque sans rémission, et la fréquence du pouls s'accroît comme elle, en même temps qu'il se déprime de plus en plus : c'est l'*infection péritonéale suraiguë*, qui ne pardonne guère. — Dans l'autre (fig. 4), la température reste d'abord à 37 degrés, puis *baisse de plus en plus, à mesure que le pouls monte* : le thermomètre est à 36 degrés,

le pouls à 150; le péril est, si possible, plus immédiat encore que dans le premier type et l'issue fatale plus irrémissible. L'algidité ne tarde pas et termine le drame.

Voici enfin une troisième forme (fig. 5), dans laquelle la température s'abaisse d'abord, pendant que le pouls s'accélère et s'amoindrit, et remonte ensuite rapidement pour atteindre 40 ou 41 degrés au moment de la mort.

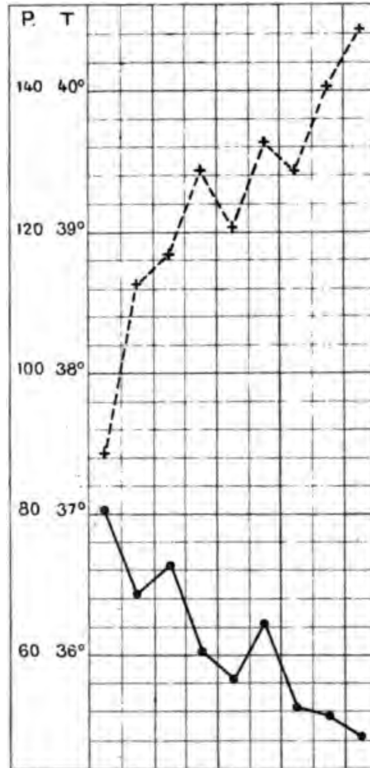


Fig. 4. — Infection péritonéale suraiguë (2e type). Le pouls monte; la température baisse.

Si vous êtes attentifs aux enseignements que vous donne l'exploration du pouls, vous n'attendrez pas cette période où tout est perdu, vous ne vous illusionnerez pas sur cette température fatidique de 37 degrés, qui semble répondre de tout, mais le contraste d'un pouls très fréquent et très petit vous inquiétera, et, suivant les indications, vous interviendrez dès cette heure, alors qu'il en est temps encore.

Aussi le pouls n'est-il pas seulement, en telles circonstances, un élément de pronostic, il est, avant tout, la source d'*indications pratiques*, il dénonce l'urgence des déterminations nécessaires, ou commande le choix de l'intervention. Ferez-vous une laparotomie chez un malade atteint de tous les accidents de l'occlusion intestinale, et dont le pouls, à peine sensible ne se compte plus, et cela, même si la température reste peu au-dessous de la normale? Pour moi, je ferai, et le plus vite possible, un anus contre nature. Opérerez-vous une hernie étranglée, dans les mêmes conditions? Oui, cette fois; mais je me bornerai à lever au plus vite l'étranglement, et je ne m'occuperai ni de l'excision du sac, ni de la réfection du canal, et je ferai cela sans chloroforme, si possible, ou à la cocaïne. — Je trace seulement quelques traits : vous com-

plèterez. Et que de situations vous permettront d'apprécier les précieuses indications du pouls ! Que de fois je l'ai interrogé, non seulement avec l'intérêt qu'on porte à un moyen d'exploration clinique, mais avec inquiétude, avec angoisse : et cela, non seulement dans le milieu hospitalier, mais dans d'autres milieux, à d'autres chevets, où je trouvais en lui des assurances d'espoir ou des certitudes de désastre !

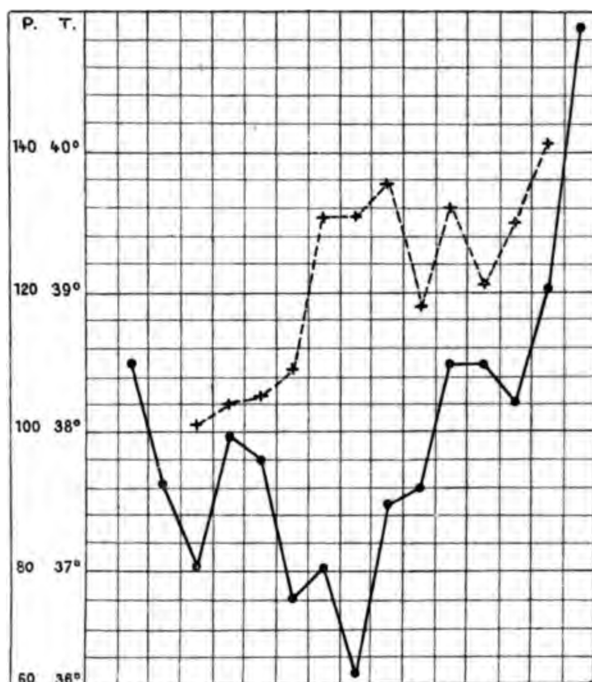


Fig. 5. — Infection péritonéale aiguë (3e type).
La température baisse d'abord, puis s'élève progressivement.
Le pouls s'accélère de plus en plus.

Avant de finir, je tiens à vous mettre en garde contre certaines erreurs, qui pourraient provenir des variétés individuelles du pouls. Tous les praticiens vous en citeront de curieux exemples. Nous avons pratiqué, il y a peu de temps, sur une femme de quarante-cinq ans, qui est encore dans le service, une hystérectomie vaginale, pour une salpingo-ovarite double très ancienne et très adhérente : l'opération fut des plus pénibles, utérus et annexes

étaient comme soudés à leur périphérie, rien ne s'abaissait, il nous fallut plus de deux heures. Le soir, notre opérée avait 36°6 et un pouls à 120; le lendemain matin la température n'avait pas changé, et le pouls était à 130; puis le thermomètre remonta à 37°, 37°5, et le pouls restait toujours d'une fréquence anormale. Notre opérée est parfaitement guérie, et son pouls conserve sa fréquence, il ne descend jamais au-dessous de 120 ou de 110 : c'est là sa teneur habituelle.

Chez une autre de nos opérées, une frêle jeune femme, pâle et maigre, à qui nous avons fait une néphropexie, pour un rein droit flottant, le pouls est d'une petitesse extrême, et si nous n'avions su que tel était son état physiologique, bien que les suites opératoires eussent été très normales, nous aurions pu, de ce fait seul, concevoir quelques inquiétudes. — Enfin, l'année dernière, appelé auprès d'une malade pour une indisposition légère, je lui prends le pouls, et je suis atterré de sa lenteur; il battait à peine 55 par minute; j'ausculte, j'examine, je ne trouve rien : c'était là son degré de fréquence habituelle; d'ailleurs, ce pouls lent permanent est depuis longtemps connu. — Vous trouverez donc, de temps en temps, de ces anomalies permanentes du pouls, si je puis dire, et l'erreur qui peut en résulter sera, en général, de peu de durée.

Je m'arrête, messieurs; aussi bien n'ai-je pas la prétention de faire l'histoire complète du pouls en chirurgie. J'ai voulu seulement appeler votre attention sur cette vieille méthode d'exploration clinique, si simple, si précieuse, quand elle est bien interprétée : l'exercice et l'étude prolongée sont, du reste, le meilleur moyen d'en tirer toutes les indications qu'elle peut fournir. Et je ne doute pas que, livrés à vous-mêmes, loin du milieu hospitalier, loin des ressources dont nous disposons dans les grands centres, vous ne soyez vite convaincus qu'il est utile en chirurgie, comme en médecine, de bien savoir « tâter le pouls ».

II

LES GREFFES D'OLLIER-THIERSCH

Greffes ou autoplastie. — La méthode italienne modifiée. — La greffe cutanée totale. — La greffe épidermique. — La greffe dermo-épidermique à grandes lanières, méthode d'Ollier-Thiersch; historique. — Technique, préparation de l'ulcère et soins consécutifs. — Processus anatomique. — Résultats immédiats et lointains. — Indications.

Messieurs,

Un homme de soixante-huit ans, grand et vigoureux, nous est entré, salle Michon, pour un large ulcère circonférentiel de la jambe gauche. C'est un ulcère variqueux franc, et la syphilis n'y entre pour aucune part; l'histoire est celle qui se répète toujours, en pareil cas. Dès l'âge de vingt-deux ans, notre malade avait des varices aux deux jambes, et n'en souffrait pas; c'est en 1887 seulement qu'il vit paraître, à la jambe gauche, plusieurs ulcérations de bord irrégulier, atones, qui se cicatrisèrent, pour renaître plus loin. Peu à peu elles se fusionnèrent, et une large surface ulcéreuse fut créée, qui se diffusa sur tout le pourtour du membre. Quelques séjours à l'hôpital furent suivis d'une amélioration, et même d'une guérison apparente; mais, dès que cessait l'alitement, la récidive ne tardait pas.

Aujourd'hui, vous voyez, au tiers inférieur de la jambe, une large plaque, de bord irrégulier et festonné, qui mesure bien 10 centimètres de haut, sur les faces externe et postérieure, et se continue, en dedans et en avant, un peu moins haute, pour compléter l'engainement; le fond en était grisâtre et sanieux, à l'entrée du malade, et les bords surélevés, calleux et durs; le repos, les pansements humides et antiseptiques, ont transformé cet aspect primitif, et maintenant l'ulcère est représenté par une surface bourgeonnante, bien rouge, bien serrée, et presque de niveau avec la berge qui la circonscrit.

Je vais revenir, tout à l'heure, sur cette *préparation*; mais, tout

de suite, je vous demande combien de mois il faudrait pour assécher et cicatriser cette énorme plaie, ce que vaudrait une pareille cicatrice et quelle en serait la résistance; enfin, si même la cicatrice était solide, ce que deviendraient le pied et le bas de jambe, ainsi enserrés circulairement par une bande fibreuse rétractile? Ne pouvons-nous rien faire de mieux?

La même question se pose en présence de cette jeune femme de trente-deux ans, qui fut brûlée rue de Buffon, dans l'explosion de 1892. Elle fut amenée salle Lisfranc, dans un état lamentable : toute la face externe du membre supérieur gauche était le siège de brûlures profondes, qui s'étendaient à l'épaule, au dos, et, de plus, dans sa fuite, elle s'était brisé la cuisse gauche. Elle guérit lentement, et, après onze mois de séjour salle Lisfranc, elle rentrait chez elle, ne portant plus qu'une petite surface granuleuse au tiers supérieur du bras gauche; elle reprit son travail. Mais la plaie mal fermée s'ulcéra et s'élargit rapidement, et aujourd'hui elle nous revient, avec un ulcère de 6 centimètres de large, au moins, à bord très mince et comme rongé, à fond plat et livide. Tout autour de lui, la peau n'est plus qu'une cicatrice, rougeâtre, lisse, dure, et, en pareil milieu, il est bien improbable qu'une guérison définitive puisse être jamais spontanément obtenue.

Ce que nous devons faire, Messieurs, vous le savez déjà : il faut recouvrir d'une peau d'emprunt ces deux surfaces ulcéreuses, il faut y « mettre une pièce ». Où et comment prendrons-nous l'étoffe? C'est ce que je voudrais rechercher avec vous.

Il y a deux modes très différents de transplantation cutanée : dans l'un, le lambeau de peau, qu'il la comprenne tout entière ou qu'il ne soit composé que d'une ou de plusieurs de ses couches, est complètement détaché de la région qui le fournit : c'est la *greffe proprement dite*; dans l'autre, le lambeau reste en continuité avec la peau ambiante par une portion plus ou moins large de son pourtour, le pédicule, et, par lui, conserve des connexions vasculaires qui entretiennent sa nutrition jusqu'à ce qu'il ait « pris racine » : c'est une véritable *autoplastie*.

Sous le nom d'*autoplastie par la méthode italienne modifiée*, ce procédé a depuis longtemps fait ses preuves, spécialement entre les mains de M. le professeur Berger, qui s'en est fait, en quelque

sorte, le rénovateur, en France, et qui en a publié de magnifiques résultats. Au Congrès de chirurgie de 1889, il en rapportait déjà 30 observations, dont 5 avaient trait à la face, 6 aux membres supérieurs, et 17 aux membres inférieurs. Le lambeau est pris, suivant le siège de la surface à recouvrir, sur le même membre, ou plus souvent sur le membre opposé, qui est ensuite soigneusement immobilisé dans l'attitude appropriée; ainsi, dans les 17 derniers cas dont je viens de vous parler, la transplantation fut faite 7 fois, de jambe à jambe; 2 fois, d'une cuisse à la jambe opposée; 1 fois, d'une cuisse à l'autre; 3 fois, de la cuisse à la jambe correspondante; 3 fois, d'une jambe au talon; 1 fois, d'une jambe sur un moignon conique.

Si nous avions recours à cette méthode d'autoplastie pour notre ulcère de jambe, voici quelle serait la marche à suivre : un lambeau de peau serait dessiné, au bistouri, sur l'autre jambe, de même forme, et de largeur plus grande que la surface à recouvrir, car la rétraction est toujours notable; il resterait adhérent à son lieu d'emprunt par une bandelette cutanée de 3 à 4 centimètres de large; il serait appliqué sur l'ulcère, curetté et cruenté, et suturé exactement à ses bords; un appareil plâtré maintiendrait en contact les deux membres et protégerait le pédicule de cette *greffe par approche*. Vers le quinzième jour, ce pédicule serait sectionné, les deux membres rendus à la liberté, et l'on achèverait l'affrontement du segment transplanté et qui aurait pris déjà de fortes racines. Du reste, j'ai eu l'occasion d'appliquer devant vous, il y a quelque temps, la méthode italienne modifiée, pour une rétraction de l'aponévrose palmaire, et vous en avez pu suivre tous les temps.

Aujourd'hui, je ne m'adresserai pas à elle; et voici pourquoi : l'ulcère est très irrégulier, très large et circonférentiel, il me faudrait faire successivement une double greffe par approche, ou prendre un très grand lambeau, auquel il serait difficile de donner la forme et les contours nécessaires. J'ajoute que la peau de l'autre jambe, elle-même très variqueuse, fournirait un transplant médiocre. Ces conditions réunies, chez un homme âgé, peu préparé à supporter une intervention assez complexe et les fatigues de l'immobilisation ultérieure, me déterminent à utiliser un autre procédé qui nous a valu maintes fois d'excellents résultats. Nous ferons de même pour l'ulcère cicatriciel de notre jeune malade.

Ce sera une greffe proprement dite, mais non la *greffe cutanee*

totale. Cette dernière ne se prête guère à la transplantation par grands lambeaux. Renouvelée des pratiques de l'Inde, et bien qu'elle porte, en Angleterre, le nom de Wolfe (de Glasgow)[1], c'est, en réalité, à mon maître, Le Fort, qu'on doit de l'avoir reprise et d'en avoir indiqué la technique et les conditions de succès. En 1872[2], il publiait deux observations d'ectropions ainsi traités. Depuis, des faits du même genre, et d'un grand intérêt, ont été fournis par M. le professeur Panas[3].

On ne saurait nier pourtant que, dans quelques-uns des cas, la greffe n'ait subi un certain degré de rétraction secondaire, à une date plus ou moins éloignée. De plus, si le lambeau transplanté est de quelque largeur, le sphacèle est à craindre et s'observe souvent : j'ai été témoin de cet accident, chez une pauvre jeune fille qui était venue se faire traiter d'une infirmité repoussante, l'ectropion de la lèvre inférieure ; une incision transversale fut pratiquée au-dessous du bord muqueux éversé, et permit de le relever et de rendre sa hauteur à la face cutanée de la lèvre ; puis, la perte de substance losangique qui en résultait, fut recouverte d'un lambeau de peau, emprunté à la face externe du bras, soigneusement dépouillé de sa graisse et régulièrement suturé. Au 5e jour, quand on leva le premier pansement, il était entièrement mortifié. Plus la greffe est large, et plus l'échec semble probable. Mais, dans des dimensions restreintes, elle réussit très bien, surtout à la face.

Elle nous a donné un très beau résultat, dont vous pouvez juger par ces photographies (Fig. 6 et 7), chez une femme de 59 ans, qui nous était entrée, à la fin de novembre, pour un cancroïde de l'aile gauche du nez. L'ulcération était large comme une pièce de deux francs, un peu sinueuse et irrégulière sur ses contours, implantée sur un fond induré, mais le néoplasme paraissait exclusivement cutané. De fait, après avoir largement excisé la plaque épithéliomateuse, nous avons pu nous convaincre que les tissus sous-jacents et le cartilage de l'aile du nez étaient intacts : un tamponnement, qu'il fallut prolonger un peu, assura l'hémostase, puis je taillai, sur la face antéro-externe du bras, une première lamelle comprenant toute la peau, et qui fut appliquée sur le centre

1. Wolfe. *Nouvelle méthode d'autoplastie*. — *British medical Journal*, 18 sept. 1875.
2. Le Fort, *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1872, p. 39, et *Bull. Académie de Médecine*, 1872, t. I, p. 295. — Voy. aussi G. Martin, Th. doct., 1873, et Bolliet, *De la greffe cutanée et de ses applications principalement à la chirurgie oculaire*, Th. doct., 1882.
3. Panas. *Greffe cutanée pour la restauration de l'ectropion*. — *Arch. d'Ophtalmologie*, nov. 1891.

de la perte de substance, qu'elle recouvrait en grande partie; deux autres lamelles, plus minces, dermo-épidermiques, achevèrent le revêtement. Dix jours plus tard, la guérison était complète, les greffes tenaient bien; et, au bout de trois semaines, quand notre malade revint se faire photographier, la peau nouvelle de l'aile du nez, d'apparence et de coloration normales, ne se distinguait plus de la peau environnante que par une très légère saillie.

Malgré cela, je vous le disais tout à l'heure, je n'essaierais pas de greffer ainsi de grands lambeaux. C'est donc à la greffe dermo-épidermique que je ferai appel, à la *greffe dermo-épidermique à grandes lanières, par la méthode d'Ollier-Thiersch.*



Fig. 6. — Épithélioma de l'aile gauche du nez.

Vous savez, en effet, Messieurs, que la greffe épidermique de Reverdin[1], si connue et si communément employée, est, en réalité, presque toujours dermo-épidermique; il est bien difficile que la pointe de la lancette ne dépasse pas la couche de Malpighi, et presque toujours un léger suintement sanguin témoigne que les papilles ont été intéressées. Mais, ce qui constitue la caractéristique de ce mode de transplantation, c'est sa dissémination en petits fragments, en parcelles dermo-épidermiques, qui créent autant de foyers de pullulation épithéliale, autant d'îlots de cicatrisation. Chacun d'eux fait « tache d'huile », et, par sa fusion avec les îlots voisins, finit par former une nappe continue.

Telle est, du moins, la théorie; mais on ne saurait nier, et nous avons fait et vu faire assez de greffes de Reverdin, pour avoir le

1. S. Reverdin. *Soc. de chir.*, 8 déc. 1869, et *Arch. gén. de méd.*, mars 1872.

droit de le dire, on ne saurait nier que, pour de larges surfaces, ce procédé ne soit très lent et de facile échec. Le suintement, toujours assez considérable, qui s'exhale de ces nappes bourgeonnantes, alors même qu'elles sont aseptiques, suffit à décoller les parcelles épidermiques; de plus, et cette objection doit être faite à toute greffe qui s'applique directement sur des bourgeons charnus, au moment où ces bourgeons s'organisent, deviennent fibreux et se rétractent, une déhiscence est inévitable, et les petites plaques épidermiques, simplement apposées à leur surface, doivent être *déracinées*. Ce fait, indiqué par Thiersch, en 1874, explique la mortification secondaire des greffes parcellaires dermo-épidermiques, qui d'abord semblaient « bien prises », et qu'on retrouve, quelques jours plus tard, détachées et flétries. Sans entrer dans des détails histologiques, la pratique courante montre bien que, si la greffe de Reverdin est utile pour hâter la cicatrisation des plaies granuleuses, franches et de dimensions moyennes, elle ne saurait être comparée, pour les grands ulcères, à la méthode d'Ollier-Thiersch.



Fig. 7. — Greffe cutanée totale, après l'ablation d'un épithélioma de l'aile gauche du nez.

Je dis *méthode d'Ollier-Thiersch*, et je m'explique. En 1871, M. Ollier commençait à pratiquer la greffe à grands lambeaux dermo-épidémiques, et, en 1872, il en faisait l'objet d'une communication à l'Institut. C'est en 1874 que le professeur Thiersch (de Leipzig) publia ses premières recherches sur le processus histolo-

gique de la greffe épidermique[1], dont il attribuait les insuccès à la rétraction de la couche bourgeonnante et aux petits épanchements sanguins qui se collectent, à sa surface, sous les lamelles transplantées, et les décollent. Quelle conclusion tirer de là? — Qu'il fallait d'abord détruire et curetter les bourgeons charnus et n'appliquer les greffes que sur la surface cruentée sous-jacente. — Telle fut, en effet, la méthode que M. Thiersch mit en pratique en 1885; et *ce curettage préalable des bourgeons charnus* est le seul trait qui la sépare de celle de M. Ollier; qu'il soit important, cela n'est pas douteux. En 1886, M. Thiersch exposait son procédé et ses résultats, au 15e Congrès allemand de chirurgie; la même année, un de ses assistants, M. Plessing[2], en publiait 40 observations, et le mémoire de M. Urban[3], qui date de deux ans, en contient 350, dont 75 se rapportent à des ulcères variqueux : c'est le résumé des faits recueillis, pendant cinq années, à la Clinique de Leipzig.

Les documents sont aujourd'hui en nombre considérable, et, dans la plupart des Cliniques allemandes, la greffe de Thiersch est d'un usage courant. En France, bien que ce soit, en réalité, son pays d'origine, la greffe dermo-épidermique à grandes lanières semble avoir joui d'une fortune moins heureuse. En 1888, à la Société de chirurgie[4], M. Monod en présentait un premier cas; il suivait la pratique de M. Socin (de Bâle), et taillait des lamelles exclusivement épidermiques; et, à ce propos, M. Pozzi déclarait que lui aussi pratiquait volontiers la greffe de Thiersch, en suivant exactement la manière de faire de l'auteur. L'année suivante, M. Jalaguier[5] montrait, à son tour, un petit malade guéri en quinze jours, d'une vaste plaie du dos, par la transplantation « à la Thiersch »; la peau transplantée était souple et mobile; au Congrès de chirurgie[6], M. Heydenreich (de Nancy) rapportait deux exemples de la même greffe, appliquée à la guérison de difformités par cicatrices. Le mémoire de Delagénière[7], les thèses de Chevillot[8], de Man-

1. *Arch. für klin. Chir.*, 1874, Bd. XVII, 2, p. 318.
2. Plessing. *Hautverpflanzung nach Thiersch. Arch. für klin. Chir.*, 1886, Bd. XXXVII, p. 53.
3. Urban. *Hautverpflanzung nach Thiersch. Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1892, Bd. XXXIV, p. 187.
4. *Soc. de chir.*, 28 mars 1888.
5. *Soc. de chir.*, 11 déc. 1889.
6. 7 octobre 1889.
7. Delagénière. Des greffes cutanées et épidermiques, dans le traitement des plaies ulcérées; *Gaz. des hôp.*, 2 juin 1888.
8. Chevillot. De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch; *Th. de* 1889.

ceaux[1], de Nogué[2], de Thierry[3], de Ducroquet[4], de Protopopesco[5] et un certain nombre de faits épars constituent un dossier déjà bien garni, mais dont les pièces n'ont pas suffi encore à entraîner la conviction générale.

Voyons donc ensemble, Messieurs, *comment se pratique* la greffe d'Ollier-Thiersch ; quel en est *le processus anatomique* ; quels en sont *les résultats* et surtout *les résultats définitifs*. C'est là, en effet, le point capital, le point en litige, la permanence de la greffe étant le gage nécessaire de sa légitimité.

J'ai appris à faire la greffe de Thiersch, à la Clinique de Leipzig, en 1888, et les faits dont j'ai été témoin m'ont vivement frappé. M. Thiersch n'employait et n'emploie encore, si j'en crois le mémoire tout récent d'Urban, au cours de l'opération, que la solution de sel marin au millième ; il proscrivait tous les antiseptiques, dans la crainte qu'ils n'agissent sur les éléments cellulaires de la greffe et ne les détruisent ; et Urban explique, qu'une fois bien *préparée*, la couche des bourgeons charnus n'est plus imprégnée d'éléments septiques, et que sublimé ou acide phénique seraient superflus. Ces craintes ne semblent guère fondées, et un grand nombre de chirurgiens se sont écartés, sur ce point, de la pratique de l'auteur lui-même. Pour ma part, j'ai toujours eu recours, jusqu'à présent, à une antisepsie aussi rigoureuse que possible, et je m'en suis bien trouvé.

Voici donc quelle sera *la technique* que nous suivrons, cette fois encore. Je vous disais, en commençant, que notre ulcère de jambe était aujourd'hui bien détergé, que le malade avait été maintenu rigoureusement au lit pendant un mois, et des pansements humides régulièrement faits : cette « préparation » de la surface à recouvrir est de toute nécessité, et la greffe ne saurait être entreprise avec des chances sérieuses de succès, avant que la couche bourgeonnante ne soit devenue *uniformément rouge, brillante, serrée et presque de niveau avec son limbe.* — Vous allez me dire : mais cette belle nappe de bourgeons charnus, elle est destinée à disparaître sous la curette, pourquoi donc attendre qu'elle ait pris

1. Manceaux. *Th. de Nancy*, 1890.
2. Nogué. *Th. de Paris*, 1891.
3. Thierry. *Th. de Paris*, 1889.
4. Ducroquet. *Th. de Lille*, 1891.
5. Protopopesco. *Th. de Paris*, 1892.

un aspect aussi luxuriant? C'est que, Messieurs, la surface de la plaie témoigne de l'état des couches profondes : si la membrane granuleuse a bel aspect, il est probable qu'elle ne recèle plus d'îlots infectieux, et que tout est prêt pour un processus régulier et physiologique de cicatrisation.

La plaie et la région ambiante seront soigneusement savonnées et lavées à l'éther et au sublimé; puis, à la curette de Volkmann, on procédera à un véritable « écrépage »; il faut emporter tout entière la couche bourgeonnante, et ne s'arrêter que sur *cette lame jaunâtre, fibrillaire, résistante, d'où suinte le sang en fines gouttelettes*, et qui forme comme le fond, comme la membrane basale de la plaie; il faut s'attaquer en même temps à la pellicule cicatricielle violacée qui encercle l'ulcère, et aux bords souvent épais et calleux qui le circonscrivent, et réaliser *un nivellement complet*.

Cela fait, des tampons, ou mieux de petites éponges, trempées dans la solution phéniquée forte, sont appliquées sur la surface cruentée, et, grâce à une compression généralement assez courte, assurent l'hémostase. Avant toute transplantation, il est indispensable que l'arrêt sanguin soit bien complet; autrement de petits hématomes, de petites vacuoles sanglantes, se collectent au-dessous des lamelles dermo-épidermiques, en les soulevant, ou bien encore les greffes prennent, sur une étendue variable, une teinte violacée qui dénonce une nappe sanguine sous-jacente : dans l'un et l'autre cas, l'adhérence est impossible et l'insuccès certain.

Où prendre les greffes? Sur le devant de la cuisse, sur le mollet, sur la face postéro-externe du bras et de l'avant-bras. Des conditions tout individuelles président à ce choix du milieu d'emprunt; et il faut tenir compte de ce fait que, pour disparaître ou, du moins, s'atténuer à la longue, les traces n'en persistent pas moins longtemps, d'abord d'un rose vif, puis plus foncées, brunâtres et de moins en moins apparentes. Au bout de six mois, elles n'existeraient plus. Je dois dire que, sur ceux de nos malades opérés depuis un an, depuis un an et demi, depuis trois ans, une pigmentation brunâtre n'a pas cessé de marquer les vestiges des bandelettes.

Chez notre malade d'aujourd'hui, nous taillerons nos greffes à la face antéro-externe de la cuisse, qui peut être considérée comme le lieu d'élection. Le membre est empaumé par sa face postérieure,

et la peau bien tendue; puis, avec un gros rasoir d'histologiste, on entame l'épiderme et une partie du derme, et l'on descend, en faisant osciller la lame d'un côté à l'autre, et en s'efforçant de rester toujours dans le même plan. Il faut faire *les lamelles très larges et très longues*, et, avec un peu d'habitude, on arrive à apprécier très exactement la profondeur à laquelle on se trouve, et à tailler des lanières très régulières et d'épaisseur égale.

La coupe dermo-épidermique, chargée et repliée sur le rasoir, est portée aussitôt sur la surface à recouvrir : un de ses bouts est fixé par une pince ou une aiguille à cataracte, et pendant que le rasoir s'éloigne, elle se déroule et s'applique progressivement. Il est bon que les lamelles soient étalées suivant l'axe du membre, qu'elles empiètent un peu sur les bords de l'ulcère en le débordant, enfin et surtout que, par leur face profonde, elles soient régulièrement et intimement appliquées, et qu'il ne reste au-dessous d'elles ni vacuoles pleines de sang, ni vacuoles pleines d'air : c'est une adhérence physique qu'il faut assurer, et, avant même que l'opération ne soit finie, on se rend bien compte que les bonnes greffes lisses, tendues, d'un blanc un peu jaunâtre, « tiennent » déjà. Le pansement doit avoir pour principal objectif de bien immobiliser les greffes, de prévenir tout froissement et tout décollement : des bandelettes de protective, trempées dans la solution phéniquée faible, seront appliquées en travers sur les transplants; par-dessus, des lamelles de gaze iodoformée ou de tarlatane aseptique seront régulièrement superposées et déborderont largement la plaie; une couche d'ouate hydrophile, une autre couche, très épaisse, d'ouate ordinaire, et une bande soigneusement roulée et un peu compressive compléteront l'enveloppement; j'ai, en outre, l'habitude de placer le membre dans une gouttière métallique, qui remonte jusqu'au-dessus du genou, et qui le met, de la sorte, aussi complètement au repos qu'un membre fracturé.

A la Clinique de Thiersch, on recouvre la surface greffée de bandelettes de protective, trempées dans la solution de sel marin, et, par-dessus, le pansement est complété par des compresses aseptiques, trempées dans la même solution. On le renouvelle tous les jours, durant la première semaine, et cela aurait l'avantage de faire voir, dès les premières vingt-quatre heures, si les greffes adhèrent bien; l'une d'elles est-elle tombée ou flétrie, on la remplace immédiatement. Il faut dire que, sur ce point de détail, la

pratique de Thiersch n'a trouvé que peu d'imitateurs : la plupart des chirurgiens laissent le premier pansement quatre, cinq, six jours en place. A plusieurs reprises, je ne l'ai levé qu'au dixième jour, et j'estime qu'il n'y a pas à redouter le suintement, quelquefois assez abondant, qui ne manque jamais, et qui imbibe les couches profondes du pansement, en glissant sous les bords de la protective; une fois découvertes, les greffes sont alors bien vivantes, et ne craignent plus rien. Pourtant on les enveloppe encore de protective et d'ouate, et ce n'est qu'au vingtième jour, en général, qu'on peut sans inconvénient, les laisser à l'air libre. Leur surface est alors rougeâtre, un peu écailleuse, et presque toujours elles subissent une sorte de « mue épidermique », avant de prendre leur aspect définitif.

Ce qui est fort important, et du reste, Thiersch et ses élèves y insistent beaucoup, c'est de *maintenir longtemps le malade au lit* : d'après Urban, il ne doit pas se lever avant un mois, ou même six semaines, s'il s'agit d'un large ulcère circonférentiel, et, pendant les premiers mois qui suivent la cure, il est de bonne précaution qu'une bande roulée soit maintenue autour de la jambe; la guérison complète d'un de ces grands ulcères, pour lesquels, autrefois, l'amputation s'imposait comme la seule ressource, exige trois ou quatre mois, six à huit semaines pour le traitement préparatoire, et la même durée d'alitement consécutif. — Ce serait, en tout cas, à la marche trop hâtivement permise que la plupart des récidives seraient attribuables.

Ainsi comprise, la méthode dermo-épidermique ne saurait être considérée comme un procédé de cure rapide, et je vous concède, qu'au bout d'une aussi longue période d'alitement, un certain nombre d'ulcères, bien pansés, se fermeraient seuls; mais les greffes n'ont pas pour but unique de couvrir l'ulcère, mais de le couvrir d'une façon définitive et de refaire un tégument, sinon normal, au moins rebelle à la récidive, et ce résultat ne s'obtient jamais par la cicatrisation spontanée.

Mais ce desideratum est-il toujours rempli? La membrane transplantée est-elle réellement à l'épreuve de l'ulcération nouvelle? Dans quelles limites reprend-elle les caractères de la peau voisine? Et *par quel mécanisme, par quelles transformations successives*

la greffe devient-elle définitive? Le processus a été bien étudié et suivi d'étapes en étapes par M. Garré (de Tübingen)[1] et voici par quel artifice expérimental : à la surface de tumeurs à extirper, ou de membres à amputer, et à une date variable avant l'opération, il excisait un segment de peau, et greffait la petite plaie « à la Thiersch »; l'évolution se révélait ainsi dès ses premiers stades, et, en joignant à ces faits expérimentaux l'étude de greffes anciennes, il put faire porter ses recherches sur 34 cas de transplantations dermo-épidermiques, dont la date variait de cinq heures et demie à deux ans et demi.

Les lamelles adhèrent très vite, une demi-heure suffit, et cette adhérence est réalisée par un exsudat qui ne manque jamais, et dont l'épaisseur varie, suivant que l'hémostase primitive a été plus ou moins complète. Cet exsudat est composé d'un réseau fibrineux, enserrant des globules rouges, et il s'infiltre, au bout de quelques jours, de noyaux embryonnaires et de néo-vaisseaux, qui émanent de la couche sous-jacente du « terrain de transplantation ». Dès lors, la marche des phénomènes histologiques rappelle de très près ce qui se passe dans *la réunion par première intention* : la zone profonde est le siège d'une abondante prolifération embryonnaire, et l'endothélium de ses vaisseaux, proliférant aussi, crée les branches nouvelles qui se prolongent jusque dans l'épaisseur des transplants.

Quant à la greffe, elle subit, de son côté, des modifications importantes : la plupart de ses vaisseaux disparaissent, quelques-uns persistent et s'abouchent en réseau avec les vaisseaux néoformés qui émergent du plan sous-jacent; la lame dermique devient embryonnaire, la couche cornée de l'épiderme se desquame, les strates superficielles de la couche de Malpighi dépérissent, les strates profondes restent seules réellement actives. En somme, il y a là *un travail de rénovation entière*, et ce serait se faire de la greffe une idée incomplète, que de penser qu'une fois les bandelettes dermo-épidermiques bien prises, tout est fini : un temps variable, mais toujours de quelque durée, est nécessaire pour que le travail de soudure « vivante » soit achevé. Voilà pourquoi l'alitement doit être prolongé, et toutes les conditions circulatoires, qui entraveraient le processus intime, soigneusement évitées. Que la membrane

1. Garré. *Ueber die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Thiersch'schen Transplantationen. Beiträge z. klin. Chir.*, 1889, Bd. IV, p. 625.

ainsi reconstituée ne prenne qu'en partie les caractères de la peau, on ne saurait le nier; mais il est aisé de se rendre compte qu'elle n'est pas une membrane cicatricielle, qu'elle ne s'indure pas, qu'elle ne se rétracte pas : avec le temps, elle reprend de la souplesse, redevient mobile, et contraste de moins en moins avec le tégument circonvoisin.

Nous touchons là, Messieurs, à la question d'intérêt majeur : celle des *résultats de la greffe d'Ollier-Thiersch*, résultats immédiats, et surtout résultats définitifs.

Il est certain que la transplantation dermo-épidermique, bien faite, sur des surfaces bien préparées, « à point », réussit la plupart du temps, et les observations, en nombre considérable et provenant des pratiques les plus diverses, sont là pour le démontrer. D'ailleurs, la méthode n'est pas réservée aux ulcères de jambe, et les applications en sont autrement étendues et multiples. On peut les ranger sous les trois chefs suivants :

I. *Plaies fraîches, traumatiques ou opératoires;*

II. *Grandes surfaces bourgeonnantes;*

III. *Ulcères proprement dits.*

Vous allez voir que cette classification n'est pas sans intérêt pratique.

Les larges pertes de substance, les arrachements de la peau des membres ou du tronc, le scalp, ont été maintes fois réparés par la greffe dermo-épidermique, qu'elle soit pratiquée immédiatement sur la surface cruentée, ou un peu plus tard sur la nappe des bourgeons charnus. Le scalp, en particulier, a donné lieu à des observations fort curieuses; une fillette de dix ans, dont l'histoire est rapportée par Sick (de Hambourg), avait eu sa chevelure saisie et entraînée par une aile de moulin à vent, et le cuir chevelu arraché tout entier, On prit d'abord des greffes sur la cuisse de deux jeunes gens de bonne volonté, elles se flétrirent et tombèrent au quatorzième jour; on en prit d'autres sur la propre sœur de la blessée, encore une fois elles échouèrent et à la même date; enfin on se décida à les prélever sur la malade elle-même, et l'on put ainsi refaire un tégument au crâne. La photographie que je vous

1. C. Sick. *Einige Fälle von Hauttransplantation mittelst der Thiersch'schen Methode bei ausgedehnten Hautverlusten. Archiv für klin. Chirurgie.* Bd. XLIII, 1892, p. 387. Taf. X, fig. 5 et 6.

fais passer, et qui est extraite du mémoire de M. Sick, montre bien ce cuir chevelu restauré, complet, intact, et auquel il ne manque que les cheveux. — Autre chose : vous enlevez une grosse tumeur, trop grosse pour que la peau puisse être totalement réunie; la perte de substance qui reste à découvert est greffée « à la Thiersch ». Vous faites une rhinoplastie, une chéiloplastie, une opération plastique quelconque, sur la face ou les membres, l'excision d'une cicatrice : la plaie que laissent la taille et le déplacement du lambeau ou l'ablation de la masse cicatricielle est recouverte de lanières dermo-épidermiques; par là, on évite une cicatrisation par seconde intention, toujours longue, et l'on gagne du temps. C'est là, du reste, une application de la méthode qui paraît avoir rarement été tentée chez nous. J'ai vu, à la Clinique de Leipzig, opérer de cette façon un large épithélioma de la région malaire et de la joue droites : la tumeur enlevée, un lambeau cutané fut taillé à la région temporale antérieure et rabattu autour de son pédicule, sur la perte de substance, et la plaie qu'il laissait à la tempe, greffée séance tenante; et, sur d'autres malades, opérés par un semblable procédé et guéris, le résultat m'a paru très heureux.

Les brûlures sont encore un excellent terrain pour la greffe, et aussi les grandes surfaces granuleuses qui succèdent aux phlegmons, aux sphacèles traumatiques, etc. La nappe bourgeonnante est, ici, saine et franche, pourrait-on dire, et diffère complètement de ce qui existe dans les ulcères. Ulcères variqueux, ulcères varico-syphilitiques, ulcères tuberculeux, lupus, puisent dans leur nature même ou dans les conditions circulatoires et trophiques qui les entretiennent, les éléments de leur récidive.

L'*ulcère variqueux* nous intéresse surtout aujourd'hui : il figure du reste, pour une large part, dans les statistiques. J'ai traité onze fois des ulcères variqueux de la jambe par la greffe d'Ollier-Thiersch, et je ne l'ai jamais vue échouer primitivement : je ne vous rappellerai qu'un de ces cas, où l'ulcère était circonférentiel, comme chez notre malade actuel. Il s'agit de cette brave femme de 77 ans, qui nous entra avec un ulcère variqueux, très large, très irrégulier, et annulaire, de la jambe droite, ulcère fort ancien, entouré d'une peau épaissie et calleuse : il fut assez vite détergé, et, le 9 novembre, je recouvrais toute sa surface de greffes d'Olier-Thiersch, en suivant la pratique que je vous indiquais plus haut : le succès fut à peu près complet, un ou deux segments de bandelettes manquèrent

seuls à l'appel, mais les petites traînées bourgeonnantes, qui les remplaçaient, ne tardèrent pas à s'épidermiser spontanément; à la fin du mois, la guérison était complète. Or, le 15 décembre, la malade, assez indocile, et qu'on maintenait au lit, ne trouva rien de mieux que de gratter fortement sa jambe jusqu'à l'excorier; ses ongles étaient loin d'être aseptiques, car, dès le lendemain, une rougeur lymphangitique s'étendait en plaques sur la moitié inférieure de la jambe. Qu'allaient devenir nos greffes, encore jeunes?



Fig 8. — Ulcère circonférentiel de la jambe droite, recouvert par les greffes d'Ollier-Thiersch.

Elles résistèrent à merveille; au bout de quatre à cinq jours, la rougeur disparut, les greffes furent le siège d'une abondante desquamation épidermique, et la surface resta bien recouverte (Voy. Fig. 8). Du reste, un fait tout semblable, rapporté par Graser[1], a déjà montré que la greffe dermo-épidermique résiste à l'érysipèle comme à la lymphangite.

Je ne veux pas reprendre le détail de mes autres observations : une seule me semble mériter d'être rapportée, parce qu'elle témoigne en faveur de la permanence de la greffe. Un homme d'une quarantaine d'années entrait ici, salle Michon, le 30 janvier 1891, pour un

1. Graser. *Uber Epidermistransplantationen, besonders auf frische Wunden. Münchener medicin. Woch.*, 1887, n° 12.

énorme ulcère varico-syphilitique de la jambe gauche : la jambe était dépouillée sur presque toute la hauteur de sa face externe, et l'ulcère se continuait en dedans et en arrière, pour faire le tour à peu près complet; l'aponévrose était rongée et détruite, et les muscles antéro-externes se dessinaient en relief au fond d'une plaie grisâtre, sanieuse, fétide, et d'un tel aspect, que l'amputation nous parut d'abord la seule ressource. Pourtant le traitement général, les bains de jambe, les pansements humides fréquemment renouvelés, finirent par modifier cette vaste perte de substance, qui s'exhaussa et se rétrécit un peu, et se couvrit d'une nappe de bourgeons charnus. Le 21 juin, je pratiquai, sous le chloroforme, la greffe de Thiersch : la face antéro-externe des deux cuisses fut dépouillée en grande partie, pour fournir la longue série de bandelettes nécessaire. Le résultat fut excellent, et le malade quittait l'hôpital, guéri, quelques semaines après. Et ce résultat s'est maintenu, *depuis trois ans*; j'ai revu le malade une première fois en 1892 : il était cocher de fiacre, il travaillait régulièrement, et sa jambe restait parfaitement intacte; j'ai fait prendre de ses nouvelles, en mai dernier, et la guérison ne s'est pas démentie.

Ce n'est qu'un fait, mais il n'en est pas moins important. J'ai vu deux récidives, partielles toutes deux, et vite guéries : dans les deux cas, l'*ulcération nouvelle avait respecté les lamelles greffées*, elle occupait leurs interstices, leurs angles, ces petits points qui restent souvent à découvert, après la transplantation dermo-épidermique, soit que les lamelles ne se recouvrent qu'en partie, ou que leurs bords effrangés se flétrissent.

Sur un homme de quarante et un ans, qui est encore dans le service, le fait était de la plus grande netteté : variqueux depuis longtemps, et, de plus, atteint d'une fracture de la jambe gauche, il y a dix ans, il a conservé depuis un léger œdème du pied et du cou-de-pied, et il n'a pas tardé à voir se développer, sur la face antéro-externe du membre, vers le tiers inférieur, un ulcère de la largeur de la paume de la main; le 11 février 1893, à l'hôpital Necker, je recouvrais cet ulcère de greffes de Thiersch : je me servis de trois grandes lamelles empruntées à la face antérieure de la cuisse, je complétai le carrelage par deux lamelles plus courtes, et une petite zone resta libre, en haut, près du bord; je pensais qu'elle se cicatriserait bien toute seule, ce qui arriva. Aucun greffe n'avait échoué, et le malade quittait l'hôpital dès le 6 mars, un peu trop

tôt, à notre gré. De fait, dès le 24 mars, il revenait : la petite zone que n'avaient pas recouverte les lamelles, était le siège d'une très superficielle ulcération qui guérit en quelques jours. Depuis cette époque, notre homme a repris et continué son métier de déménageur : *la petite zone non greffée s'est ulcérée de nouveau*, et peu à peu, la perte de substance a acquis la dimension et la forme d'une pièce de deux francs : *quant aux lamelles transplantées, encore bien reconnaissables, elles sont restées parfaitement intactes*. J'ai greffé, cette fois, la zone rebelle, et il y a lieu de penser qu'elle ne perdra plus son revêtement.

Je ne veux pas être exclusif, Messieurs; je sais très bien que, si la greffe dermo-épidermique est bonne et durable lorsqu'il s'agit de plaies fraîches, ou de surfaces bourgeonnantes « simples », la sécurité est beaucoup moindre, lorsqu'elle est appliquée aux ulcères, et à tous les ulcères. Pourquoi? Il est aisé de le comprendre, et la nature même du terrain, et les conditions générales qui président à la formation de l'ulcère créent aussi les récidives et les insuccès de la greffe. Ce qui ne me paraît pas douteux, c'est que, dans un certain nombre de cas, en s'astreignant aux exigences du traitement pré et post-opératoire, elle est susceptible de fournir, en somme, à peu de frais, un résultat complet et durable. Et c'est pour cela que je vais la pratiquer devant vous, et sur l'ulcère de jambe circonférentiel de notre homme de 68 ans, et sur l'ulcère cicatriciel de notre « brûlée de la rue de Buffon ».

Sur le premier malade, en raison des larges dimensions de l'ulcère, les greffes ont été pratiquées en deux séances. La partie antéro-externe fut recouverte d'abord par cinq longues et larges lanières dermo-épidermiques; un mois plus tard, on recouvrit de même la partie postéro-interne : les greffes réussirent toutes à souhait, et, un mois et demi après, le malade quittait l'hôpital, guéri.

Chez la jeune femme, les greffes furent empruntées à la face postérieure de l'avant-bras : elles « prirent » aussi complètement, et, au bout d'une quinzaine de jours, tout était terminé. Nous l'avons revue plus tard, et la guérison se maintenait.

III

LES EXOSTOSES DE CROISSANCE, SIMPLES ET MULTIPLES

Exostoses épiphysaires en crochet, isolées. — Exostoses symétriques. — Exostoses multiples; histoire de notre malade, autres exemples. — Hypothèses pathogéniques : l'hérédité, la tuberculose : c'est une maladie d'évolution. — Marche ordinaire, accidents locaux, régression possible. — Ce qu'il faut faire.

Messieurs.

Vous avez vu, dans le service, il y a quelques jours, une grande et vigoureuse jeune fille de vingt ans, qui venait nous consulter pour quelques accidents d'arthrite sèche, au genou gauche, et vous avez remarqué, au-dessus de ce genou, une longue cicatrice. C'est la trace de l'extirpation d'une volumineuse exostose de croissance, que j'ai pratiquée à l'Hôtel-Dieu le 13 août 1893. L'histoire de cette exostose semblait, de prime abord, quelque peu étrange : depuis cinq à six mois, la malade souffrait de son genou gauche, mais il y avait quelques jours seulement qu'elle s'était aperçue, par hasard, de la présence d'une grosseur dure et irrégulière. Et il n'était pas douteux, de par le volume de la proéminence osseuse, qu'elle datait, en réalité, de loin; depuis longtemps, depuis des années peut-être, elle croissait lentement et sourdement, n'éveillant aucune douleur, et par suite aucune attention. Ce qui s'est passé ici n'est sans doute que la répétition de ce qui se passe, d'ordinaire, dans ces exostoses de croissance, qu'on a dénommées *tardives* : elles apparaissent tard, elles sont reconnues tard, mais leur origine réelle et latente est fort lointaine.

Toujours est-il que cette exostose, que je vous présente, est un type du genre : elle s'implantait, par une assez large base, sur le condyle interne du fémur, à la hauteur de la ligne dia-épiphysaire; elle remontait en s'incurvant en griffe, et figurait une sorte de tige mamelonnée. Chacun de ces mamelons était coiffé d'une épaisse coque blanche, lisse, cartilagineuse : le centre était de l'os spongieux. Vous pouvez constater, sur ces pièces, qui proviennent du Musée Dupuytren, une disposition toute semblable : le crochet épiphysaire, réduit à son squelette, quoique de forme et de

contours variés, décrit toujours une concavité tournée en haut. Vous remarquerez de plus, sur deux d'entre elles, que le niveau d'attache de l'exostose ne correspond plus à la ligne dia-épiphysaire, mais se trouve reporté notablement au-dessus; et vous comprendrez ce fait sans peine, si vous songez qu'il s'agit ici de fémurs d'adultes, qui ont grandi depuis l'époque où l'excroissance ostéo-cartilagineuse est née : cet allongement de l'extrémité de la diaphyse a repoussé plus haut l'exostose, comme elle fait remonter les cicatrices d'ostéomyélite épiphysaire. Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur cette première variété, de notion commune; je ne veux pas vous dire que ces *exostoses en crochet* peuvent pousser sur toutes les *épiphyses fertiles :* qu'à l'humérus, au col chirurgical, en dedans, leur volume et leur direction sont de nature parfois à entraver l'adduction du bras, en venant heurter la paroi thoracique, j'en ai vu un exemple à l'hôpital Necker; qu'on les retrouve encore aux deux épiphyses du tibia, à l'avant-bras, etc.



Fig. 9.
Exostose ostéogénique du fémur.

Non. J'ai hâte de vous montrer *un second type d'exostoses de croissance*, plus rare, et qui étonne toujours, à la première rencontre : *les exostoses multiples*. Et laissez-moi vous dire qu'entre l'exostose isolée, que vous venez de voir, et les exostoses de nombre indéfini, dont nous allons parler, les intermédiaires ne manquent pas : il y a d'abord *les exostoses symétriques*, aux fémurs, aux tibias, aux premiers métatasiens, bien connues depuis Broca et Soulié; il y a enfin tous les degrés dans la multiplicité.

Le jeune malade que voici n'en porte que vingt-quatre, du moins n'en avons-nous compté que vingt-quatre sur ses membres inférieurs et supérieurs, sur les os du bassin et la paroi costale, et la plupart symétriques. Je suis persuadé que le nombre réel en est, de beau-

1. Soulié, *Th. doct.* 1864.

coup peut-être, supérieur, mais les excroissances *cavitaires*, petites, ou masquées par une épaisse couche de parties molles, échappent naturellement à l'examen. N'a-t-on pas relevé sur le cadavre, dans les quelques autopsies que l'on possède, des chiffres considérables : en 1892, sur le squelette d'une jeune fille de dix-neuf ans, M. Chiari (de Prague)[1] en comptait un *millier*.

Mais je reviens à mon malade. Il a aujourd'hui vingt-trois ans : c'est à l'âge de seize ans qu'il vit se développer, au-dessus de la malléole externe gauche, une première tumeur, très douloureuse dans les premiers temps et qui gênait notablement la marche. Il entra dans le service de M. Polaillon, où l'on extirpa cette exostose péronière, mais, au cours même de la cicatrisation de la plaie opératoire, deux excroissances de même nature paraissaient dans la même région. Je vous fais grâce des dates d'éruption successive des autres tumeurs, que vous pourrez vous-même dénombrer. Je me contenterai de vous dire qu'à plusieurs reprises, M. Polaillon a extirpé quatre des exostoses, devenues douloureuses; et qu'à l'heure actuelle, si la plus jeune occupe le tiers supérieur du tibia droit, celle qui provoque le plus de gêne et de véritable douleur occupe, de ce même côté, l'extrémité inférieure et interne du fémur. En outre, le jeune garçon accuse des crampes dans les deux membres inférieurs, et une difficulté très marquée de la marche.

Vous voyez qu'il est petit, maigre, et d'aspect malingre; je vous ferai remarquer, en outre, qu'il existe des deux côtés un léger degré de genu valgum; nous avons relevé encore une petite différence de longueur des deux bras, et une légère asymétrie de la région dorsale supérieure. Je vous dirai, dans un instant, que tous les stigmates, ici fort atténués, d'un développement irrégulier, peuvent acquérir ailleurs un très réel intérêt.

J'ajoute que les antécédents de notre malade ne nous fournissent aucun élément d'importance : aussi loin que ses souvenirs remontent, personne de sa famille n'aurait présenté de tumeurs osseuses analogues à celles dont il est couvert. Mais il y a, chez lui, autre chose, et qui mérite toute votre attention : une *tuberculose pulmonaire*, déjà avancée; il aurait eu, il y a six mois, une première hémoptysie, il en a eu une seconde, la semaine dernière, et l'auscultation révèle des lésions graves aux deux sommets. Vous

1. Chiari. *Prager medic. Wochenschrift*, 31 août 1892.

allez voir quel rôle on a fait jouer à cette *coïncidence de la tuberculose et des exostoses multiples.*

Avant cela, je tiens à vous montrer, sur le squelette, ce que vous venez de voir sur le vivant. Celui que je vous présente a été déposé en 1815, au Musée Dupuytren, par Breschet fils, et vous remarquerez que toutes ses épiphyses sont « épineuses », qu'elles portent toutes des saillies osseuses, de forme assez semblable, et de volume différent : il y en a sur les tibias, sur les condyles du fémur, sur la ligne âpre, sur la crête iliaque, sur les os de l'avant-bras, sur l'humérus, *partout, sauf au crâne*, et nous savons d'ailleurs qu'en pareil cas la voûte crânienne est d'ordinaire hors de cause. Bien entendu, toutes ces exostoses sont réduites à leur noyau central, compact, mais il n'est pas douteux qu'elles ne fussent toutes, sur le vivant, engainées de cartilage. Certaines d'entre elles ont un siège anormal : à la face antérieure du fémur, au niveau de l'empreinte deltoïdienne de l'humérus, etc.; il est possible que celles-là ne soient, en réalité, que des ossifications musculaires; mais la grande majorité répond au type normal des exostoses multiples.

Vous le connaissez maintenant, ce type étrange. Eh bien! que savons-nous de lui, de *ses origines*, de *ses affinités*, de *ses tendances?* Et, — corollaire indispensable, — que pouvons-nous faire contre lui?

Les hypothèses ne manquent pas : je ne rappellerai que celles qui s'appuient sur des faits et dont nous pourrons, sur notre malade, discuter le bien-fondé. Je ne vous parlerai guère de l'ancienne théorie rachitique, vraiment un peu simpliste : l'os trop mou se laisserait étirer, en quelque sorte, par les tendons à leurs attaches, et la série des exostoses marquerait ainsi l'insertion des gros muscles; il n'y a pas d'exostoses hors des régions où se fixent de forts tendons, avait dit Volkmann. Le contraire est de vérification aisée.

Que l'arthritisme ait une part d'influence, je n'en disconviens pas, et je vous signalais même, chez la grande jeune fille que nous avons opérée d'une exostose de croissance du fémur, une arthrite sèche, déjà ancienne et très marquée, du genou droit. Mais

nous ne trouvons rien de semblable chez notre jeune malade aux vingt-quatre exostoses, et vraiment ce rôle, en tout état de cause, reste bien obscur.

Ce qui est bien établi, ce qui est frappant dans un grand nombre d'observations, c'est *l'hérédité*. Elle manque totalement chez notre sujet : aussi loin que ses souvenirs remontent, aucun membre de sa famille n'a jamais présenté de ces tumeurs osseuses multiples. On pourrait presque dire que c'est une exception, tant sont nombreux les faits d'hérédité multipliée et prochaine. Un malade de M. Marchand, dont l'histoire est rapportée par M. Boyer[1], dans une thèse de l'année dernière, comptait, dans sa lignée paternelle, cinq ascendants atteints de la même affection singulière, le grand-père, le père, et trois oncles. Voici un autre exemple, peut-être unique, et qui mérite d'être figuré au tableau, comme un arbre généalogique. Il s'agit d'un cordonnier de trente-six ans, qui portait des exostoses multiples cartilagineuses et qui mourut de tuberculose pulmonaire : l'auteur, M. Heymann[2], put recueillir des renseignements précis sur tous les membres de la famille :

PÈRE.	MÈRE.
Rien.	*Exostoses multiples.* — Morte à 68 ans de tuberculose pulmonaire. — A l'autopsie, on trouve les exostoses encore recouvertes de cartilage.

1er FILS.	2e FILS.	3e FILS.	4e FILS.	5e FILS.	UNE SŒUR.
Mort de tuberculose pulmonaire : d'après la mère, il portait des *exostoses multiples.*	Le cordonnier de 36 ans. *Exostoses multiples*, mort de tuberculose pulmonaire. — 10 enfants. — 7 morts en bas âge. 3 vivants : *exostoses multiples.*	29 ans. *Exostoses multiples.*	36 ans. *Exostoses multiples.*	Mort. *Exostoses multiples*, suivant la mère.	?

Un autre point est à relever dans ce tableau : *la tuberculose pulmonaire*, maintes fois signalée : la mère, le premier fils, le second y

1. Boyer. Etude sur les exostoses de croissance, *Th. doct.* 1893.
2. Heymann. *Virchow's Archiv*, 1886, t. CIV.

succombent, et des sept enfants de ce dernier, morts en bas âge « d'affections pulmonaires ou intestinales », sans doute plusieurs y succombèrent aussi. Il y a là autre chose qu'une coïncidence fortuite. Des exemples de ce genre ont été produits par Lloyd, Stanley, etc., et par M. Brun[1], dans sa thèse : trois de ses malades nous fournissent un nouveau type de *la double hérédité, exostosique et tuberculeuse*, si j'ose dire.

Vous voyez, Messieurs, que notre sujet rentre dans cette catégorie : il est tuberculeux, il porte des exostoses multiples; j'ajoute que, pour l'une comme pour l'autre affection, ses antécédents restent muets. Faut-il voir là une relation étroite; faut-il dire, au moins, avec Brun, que le terrain tuberculeux prédispose au développement de l'affection ostéogénique? Je ne sais, mais je croirais plus volontiers que la « maladie de développement » est la première en date et que la tuberculose est secondaire, et qu'elle s'implante aisément sur ces organismes originairement déchus, mal faits, mal préparés à la résistance pour la vie. Vous allez voir que cette notion du développement vicié prime tout dans l'histoire du cette étrange maladie.

Un premier fait, dûment vérifié, *c'est le rôle du cartilage de conjugaison :* les exostoses naissent à son niveau, à ses dépens ou dans la zone toute voisine, et la démonstration de Broca et de son élève Soulié reste entière. Je sais bien qu'on voit de ces excroissances osseuses en pleine diaphyse, au centre des os plats, au milieu de la fosse sous-scapulaire de l'omoplate, et je vous en présente un exemple; je sais qu'on en a vu paraître au pubis, à la branche ischio-pubienne, à un âge où aucune trace de cartilage n'existe plus, et l'on a soutenu que le périoste et la moelle pouvaient servir de terrain producteur, aussi bien que le cartilage conjugal. Je n'insiste pas, je m'en tiens à ce fait constant de l'existence autour des exostoses d'un capuchon cartilagineux, et je dis que, par son siège initial, par l'époque de son apparition, par ses caractères anatomiques, ce bourgeonnement exostosique est bien un bourgeonnement épiphysaire. Il procède d'un vice d'évolution du squelette et nous allons relever *d'autres stigmates d'un développement entravé ou irrégulier.*

1. BRUN. *Th. doct.* 1892.

J'insistais en commençant sur un peu d'asymétrie des bras, sur une légère courbure vertébrale, sur un peu de genu valgum, que vous constatez chez notre malade. Ailleurs, ces malformations sont autrement accusées et revêtent une signification très nette. Vous vous en ferez une bonne idée sur ces photographies, qui proviennent d'un mémoire de M. Bessel-Hagen[1]. Vous verrez que ces sujets à exostoses multiples sont, en général, des sujets « mal bâtis », qu'ils ont de l'inégalité des membres supérieurs, souvent du genu valgum, quelquefois (dans trois cas) une subluxation congénitale de la tête du radius, que chez tous, en un mot, quelque anomalie trahit une croissance viciée. *Maladie de développement*, telle est la conclusion commune qui se dégage de ces faits, conclusion vague, sans doute, mais qui suffit dès maintenant à nous faire comprendre que nous en serons réduits, ou à peu près, au rôle d'observateurs.

En général, l'affection ostéogénique suit une marche assez simple, et l'histoire en est rarement accidentée. La poussée des exostoses est d'ordinaire précoce, et beaucoup plus que ne l'indiquent les malades : ce qui s'explique suffisamment par leur indolence longtemps prolongée. De ses vingt-quatre exostoses, une seule est actuellement gênante pour notre jeune garçon : celle de l'extrémité inférieure du fémur droit, qui tend la peau et peut-être comprime le nerf saphène interne. C'est, en effet, par la compression que l'exostose de croissance devient douloureuse, compression de la peau, des nerfs voisins, des muscles, et vous savez qu'à l'époque où l'on n'enlevait pas ces tumeurs osseuses, on avait proposé la section sous-cutanée de ces lames musculaires tendues et contracturées. D'autres accidents naissent parfois de la production d'une bourse séreuse autour de l'exostose, bourse séreuse qui s'enflamme, qui se remplit de sang, comme dans un fait de M. le professeur Le Dentu[2], ou même de corps étrangers.

J'ai fait marcher notre malade devant vous : il se plaint de crampes et de raideurs dans les jambes, mais, en somme, la marche est régulière, il n'existe pas de gêne mécanique. Les désordres de ce genre ne surviennent, d'ailleurs, qu'avec de volumineuses exos-

1. Bessel-Hagen. *Ueber Knochen und Gelenkanomalieen, insbesondere bei partiellem Riesenwuchs und bei multiplen cartilaginären Exostosen. Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLI. 1891.
2. Le Dentu. Les exostoses ostéogéniques; *Gaz. des hôp.*, 15 août 1891.

toses, et le plus souvent uniques. Un malade de Volkmann[1] avait été soigné pour une ankylose de la hanche; l'immobilisation tenait, en réalité, à une longue et forte exostose, qui, née du bord antérieur du bassin, descendait presque jusqu'au petit trochanter et figurait un pont osseux au-devant de la jointure; en enleva l'exostose, et du coup la pseudo-ankylose disparut.

A part les quelques faits de ce genre, à part quelques perforations vasculaires, quelques accidents de compression nerveuse (et la dystocie), les exostoses multiples ne paraissent pas avoir par elles-mêmes une gravité considérable. Pourtant, elles seraient susceptibles de perdre parfois cette bénignité relative, et, lorsqu'on voit l'une d'elles grossir démesurément, il faudrait se méfier d'une *transformation maligne*. La jeune fille de dix-neuf ans dont le professeur Chiari[2] a rapporté l'autopsie, et dont le squelette était semé d'un millier d'exostoses, était entrée dans le service de Güssenbauer, à Prague, pour un gros sarcome de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Le néoplasme datait de sept à huit ans, et s'était développé sur une petite tumeur, toute semblable aux autres bourgeons ostéo cartilagineux; de l'examen histologique du sarcome, de son siège, de sa forme, de son origine, M. Chiari conclut qu'il s'agissait bien de la *dégénérescence maligne d'une exostose*. Du reste, Soulié avait signalé déjà pareille transformation sarcomateuse d'une exostose de l'omoplate.

Ce sont là, il faut le reconnaître, des éventualités rares, et d'ordinaire les sujets atteints d'exostoses multiples succombent à d'autres affections, qui n'ont qu'un rapport lointain avec la maladie primitive, ou encore, et souvent, à la tuberculose. J'ajoute, — et ce serait, chez notre jeune patient, s'il n'était déjà gravement entaché de tuberculose, un élément heureux de pronostic, — j'ajoute que ces exostoses multiples sont susceptibles de diminuer de nombre et de volume, de disparaître en partie, à un âge donné. Au moins certains faits démontrent-ils que, vers trente ans, se produit parfois cette *régression spontanée*. Voyez ces photographies, qui sont extraites d'un travail de M. Hartmann (de Rostock)[3] :

1. Fait rapporté par Braun, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1889-1890, t. XXX.
2. *Loc. cit.*
3. Hartmann. *Ein seltener Ausgang multipler cartilaginärer Exostosen. Archiv. für klin. Chir.*, Bd. XLV, 1893, p. 572.

voilà un jeune garçon de onze ans, tout couvert d'exostoses et d'exostoses presque toutes saillantes et volumineuses; le voilà à trente ans, les proéminences osseuses ont en grande partie disparu, et la peau est à peine soulevée en quelques rares points; et le travail de M. Hartmann renferme dix observations du même genre. Du reste, à lire l'histoire *des familles exostosiques*, on relève que ceux de leurs membres qui ont passé l'âge critique voient d'ordinaire leurs tumeurs osseuses devenir indolentes, se réduire, s'affaisser en partie : le malade reste *épineux*, comme d'autres sont *noués*, et voilà tout.

Mais notre malade n'a pas encore atteint le stade de la décroissance spontanée, ses exostoses grossissent encore, et, de plus, il est tuberculeux. D'après cela, vous porterez vous-même le pronostic.

Nul n'a jamais songé, bien entendu, à extirper ces tumeurs osseuses sans nombre : il faut se contenter d'enlever celles qui provoquent le plus de gêne ou de douleur. C'est ce que je ferai : et, dans un instant, je vais pratiquer l'excision de l'exostose condylienne interne, au fémur droit, au même titre que M. Polaillon a extrait, il y a quelques années, celles des malléoles. Plus tard, dans quelques mois, dans quelques semaines, une autre peut-être sera devenue douloureuse, et, à son tour, nécessitera pareille intervention.

Que faire de plus, Messieurs? Rien. Nous sommes ici en présence d'une grande maladie d'évolution, nous sommes impuissants : nous ne saurions faire autre chose que de parer aux accidents locaux, d'atténuer les complications générales, et d'attendre l'heure — qui souvent ne vient pas — de la régression naturelle.

IV

LES SARCOMES DES PARTIES MOLLES

Diagnostic général des tumeurs des parties molles. — Les Sarcomes, ils peuvent être confondus avec les collections hématiques ou purulentes : exemples. — Leur origine : aponévrotique, musculaire ou péri-vasculaire. — Deux faits de sarcomes musculaires. — Leur pronostic grave; récidives multipliées. — Dangers et précautions opératoires.

Messieurs,

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur profonde, qui ne semble pas tenir au squelette, le diagnostic réclame souvent une discussion approfondie, et qui n'est pas sans une grande importance pour le pronostic et le traitement. Il faut, avant de rien prévoir ni de rien faire, élucider une double question : la *question de nature*; la *question d'origine*.

C'est ce que je vais chercher à faire devant vous, sur ce malade que je vous présente. Grand, maigre, vigoureux, il porte gaillardement ses soixante-sept ans, malgré les accidents et les épreuves d'une vie agitée. A onze ans, il est mousse sur un navire, et tient la mer plus de dix ans : à dix-huit ans, il tombe dans la cale, se fracture le coude, se fait une large plaie au crâne, et, dans sa chute, une pièce en fer heurte la partie supéro-interne de la cuisse gauche et pénètre jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, au niveau du pli génito-crural : une cicatrice s'y voit encore. Plus tard, il s'engage dans la marine de l'État, passe quatre années aux colonies et contracte la fièvre jaune au Sénégal. En 1854, il fait, dans l'artillerie, la guerre de Crimée, et il est blessé, au front, d'un éclat d'obus. S'il faut en croire la succession, d'ailleurs très nette, des faits, la plaie du pli génito-crural gauche a servi d'origine lointaine à la tumeur que nous observons aujourd'hui : une petite grosseur existait toujours à ce niveau, mais très petite et indolente; il y a quatre ans, notre homme glisse en descendant l'escalier d'une cave, tombe et roule en bas, et l'angle d'une caisse, qu'il portait à

la main, vient heurter violemment l'ancienne cicatrice. Vives douleurs, gonflement, alitement nécessaire durant quelques jours : depuis lors, les souffrances n'ont jamais cessé, elles n'ont fait que s'accroître, et le néoplasme a grossi peu à peu ; la marche et la station assise sont à peu près également pénibles ; dans le lit, la situation n'est tolérable que dans le décubitus latéral droit, et les douleurs, très aiguës, s'exaspèrent encore la nuit.

Vous voyez que la tumeur occupe la région supéro-interne de la



Fig. 10. — Tumeur de la région supéro-interne de la cuisse gauche (myxome).

cuisse, la région des adducteurs, où elle dessine un relief arrondi, gros comme une tête de fœtus, et qui ne paraît distant que de deux ou trois travers de doigt de la branche ischio-pubienne. Elle n'est pas fluctuante, cette tumeur, bien que la consistance en soit assez molle, elle est légèrement irrégulière et bosselée à son pourtour, elle est, au moins d'avant en arrière, parfaitement mobile. Quand le malade rapproche les cuisses, vous pouvez constater que *le plan superficiel des adducteurs durcit et se tend à la surface du néoplasme*, ce qui montre bien qu'il est profond, qu'il occupe le centre même de la région. Dans le sens vertical, la mobilité est beaucoup plus restreinte, et l'on dirait qu'une sorte de tractus, assez vague

du reste, relie le pôle supérieur de la masse au squelette pelvien; de plus, la pression réveille, de ce côté, sur toute la hauteur de la branche ischio-pubienne, mais surtout au niveau de l'ancienne cicatrice, toujours très apparente, une douleur très vive. Je n'insiste pas sur les désordres fonctionnels : le malade nous répète qu'il veut absolument être opéré, qu'il souffre trop; couché, sa cuisse se place dans l'abduction, et toute autre attitude est insupportable: debout, il s'avance lentement, en boitant et en écartant fortement les jambes.

Nous pouvons tenir pour certain que la tumeur n'est pas implantée sur le fémur; peut-être tient-elle profondément à la branche ischio-pubienne, à laquelle se rattacherait un pédicule étroit et court, mais une exploration minutieuse ne fournit pas de données suffisamment précises pour l'affirmer, et, quoi qu'il en soit, la grande masse de la tumeur est développée en plein dans les parties molles. Quel diagnostic de nature porterons-nous donc? Autrement dit, quelles variétés de tumeurs répondent à ce type, que vous avez sous les yeux?

D'emblée, nous éliminons les *tumeurs liquides;* il n'y a pas de fluctuation, et nous ne pouvons songer ni à l'abcès froid, ni au kyste hydatique, ni à une collection hématique ancienne : je vous disais, en effet, à l'occasion d'un autre malade, qu'il est de ces hématomes profonds qui peuvent persister des mois et des années, grossir même, après une période latente plus ou moins prolongée, et dérouter toutes les hypothèses[1]. L'existence du traumatisme antérieur, dont l'influence ne saurait être méconnue, cadrerait bien aussi avec l'une ou l'autre de ces trois variétés de tumeurs; mais je ne m'attarde pas plus longtemps, il s'agit d'un néoplasme solide.

Néoplasme solide et compact, mais de consistance presque molle : il est moins dur que le fibrome; c'est *un lipome, un myxome* ou *un sarcome*.

Billroth a décrit, dans cette région supéro-interne de la cuisse, des tumeurs graisseuses profondes bien circonscrites, bien encapsulées, et de gros volume; mais, en vérité, je ne trouve ici ni les lobulations, ni la consistance mollasse du lipome, et la tumeur est trop compacte et de contours trop nets : de plus, on ne s'explique-

1. Voy. plus loin : *Les Abcès profonds de la cuisse.*

rait guère, dans une pareille hypothèse, des réactions douloureuses aussi accusées.

Un myxome? Peut-être, mais c'est là un diagnostic qu'il est bien hasardeux de poser avec quelque assurance, surtout pour un néoplasme profond et dont l'exploration est toujours incomplète « par quelque endroit ». Nous conclurons à un sarcome mou, peut-être kystique ou mêlé de myxome, un sarcome des parties molles, dont nous allons, du reste, discuter l'origine.

Dans une thèse sur *les tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse*, M. Rayneau[1], après avoir cité quelques faits exceptionnels, d'une autre nature, a montré que le fibro-sarcome, né des aponévroses intermusculaires, était la plus fréquente de ces tumeurs : il en a publié deux observations très intéressantes, provenant du service de M. Horteloup. Chez le premier malade, un jeune homme de 20 ans, la tumeur, plus grosse que le poing, occupait exactement, comme chez notre homme de 67 ans, la région supéro-interne de la cuisse, la région des adducteurs. Sa consistance était molle, fluctuante même par places : on avait porté le diagnostic de cystosarcome, et une ponction préliminaire avait ramené deux cuillerées à peine d'un liquide puriforme et filant. On pratiqua l'extirpation : la masse, assez mal limitée, se prolongeait dans les interstices musculaires et dans l'épaisseur même des plans aponévrotiques, qu'il fallut exciser le plus loin possible : elle avait envahi trois muscles, le premier et le deuxième adducteurs et le droit interne, qui durent être entaillés et partiellement réséqués. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome, né aux dépens du tissu conjonctif inter-musculaire. Chez la seconde malade, une femme de 54 ans, le néoplasme, de même nature et de siège identique, enlevé une première fois en juillet 1885, récidivait dès le mois de janvier 1886 : une seconde extirpation ne fut pas plus heureuse : le sarcome repullulé se diffusa dans le triangle de Scarpa, aux ganglions inguinaux, à la fosse iliaque, et la mort ne tarda pas.

Cet exemple ne fait que confirmer tout ce que nous savons de la malignité toute spéciale de ces *sarcomes des parties molles*. Il n'en est que plus important de les reconnaître de bonne heure, et de les dépister sous les masques divers qu'ils peuvent revêtir. *Aucune*

1. Rayneau. *Contribution à l'étude des tumeurs de la partie supéro-interne de la cuisse*. Th. doct. 1887.

autre tumeur, en effet, n'est susceptible de prendre une forme et des allures si anormales, si étranges, si inattendues : le sarcome des parties molles peut se présenter comme un hématome, comme un abcès, comme un phlegmon chronique, lentement fistuleux et suppurant, et je ne parle pas seulement d'analogies de surface et d'apparence clinique, mais d'une similitude poussée si loin, que l'erreur peut subsister encore après une observation prolongée après un examen direct. Les faits ne manquent pas.

Dans une leçon de 1891, M. le professeur Le Dentu[1] faisait l'histoire d'une malade de 42 ans, qui portait, à la face postéro-interne de la cuisse gauche, un énorme sarcome hématique, développé dans les parties molles : à ce niveau, la circonférence du membre mesurait 64 centimètres, elle en avait 40 du côté opposé. La ponction ramena 250 grammes de sang, la tumeur était complètement inopérable. Et, à ce propos, M. Le Dentu rapportait une observation plus ancienne, d'un très grand intérêt : Un homme se présente à Saint-Louis avec une tumeur du bras, développée dans les parties molles, et qui affecte tous les caractères du sarcome mou, probablement colloïde; cependant, au moment de l'extirper, on l'incise : c'était une poche hématique. Lavage, drainage, guérison en 17 jours. Dix mois après, la malade revient : un sarcome franc s'est produit au même niveau. — Un autre malade était atteint d'un sarcome embryonnaire des muscles du mollet, et la tumeur avait marché si vite, que l'on crut à un abcès : on l'incisa, elle était formée de masses caséeuses. Au bout de peu de jours, avant toute autre intervention, le malade succombait à un sarcome du cerveau, et l'on trouvait, à l'autopsie, une généralisation viscérale étendue.

Vous avez été témoins tout récemment d'une surprise de ce genre, et vous avez pu voir avec quelle précision de détails *un sarcome mou des parties molles ressemble parfois à une collection purulente.* Le fait vaut la peine que je vous le rappelle.

Un jeune charretier de 19 ans, vigoureux, sans antécédents morbides, nous est envoyé, de Seine-et-Oise, avec une tumeur de la nuque. Cette tumeur date de deux ans : sans traumatisme, sans cause appréciable, elle est apparue et a grossi peu à peu, ne se

1. *Semaine médicale*, 1891, p. 94.

révélant d'abord que par la gêne des mouvements de la tête et quelques douleurs sourdes. Aujourd'hui, elle se présente extérieurement sous le volume d'un œuf de dinde; elle est ovoïde, à grand axe vertical, occupe le côté gauche de la nuque, et ses limites sont assez exactement les suivantes : en haut, la ligne courbe supérieure de l'occipital; en dedans, le ligament cervical postérieur et la fossette de la nuque, sur laquelle elle n'empiète nullement; en dehors, le bord postérieur du sterno-mastoïdien; en bas, elle se prolonge jusqu'à 7 ou 8 centimètres de son pôle supérieur, approximativement jusqu'à un plan horizontal tangent au lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est normale, nullement adhérente : la tumeur se tend et durcit un peu, quand la tête se renverse en arrière; elle est d'une fluctuation manifeste, ou, pour mieux dire, elle donne à la main une sensation de fluctuation des plus nettes. La pression est un peu sensible sur toute sa surface, mais elle réveille une douleur très vive, et qu'on reproduit à chaque exploration, sur un point de l'occipital qui correspond au bord externe de l'insertion du trapèze. J'ajoute que les mouvements de flexion et de rotation de la tête, bien qu'un peu gênés mécaniquement, se font avec assez d'aisance pour que la colonne cervicale et les articulations occipito-vertébrales doivent être mises hors de cause.

Nous avons soulevé l'hypothèse du sarcome, sans nous y arrêter; *la fluctuation si complète, le point douloureux occipital, la durée relativement longue de l'affection (deux ans) et sa marche lente, chez un sujet tout jeune*, nous parurent des arguments suffisants pour rejeter la tumeur maligne et conclure à *l'abcès froid;* abcès froid de la nuque, probablement d'origine osseuse : tel fut notre diagnostic.

L'intervention fut pratiquée devant vous, le 4 juin dernier : une incision verticale, menée à un travers de doigt de la ligne médiane, suivit le grand axe de la tumeur, et sectionna successivement la peau, la graisse, l'aponévrose, le trapèze : ce fut au-dessous de ce muscle que la tumeur apparut, lisse, jaunâtre, bien encapsulée. Aux premières tentatives d'énucléation, elle s'effrita en grumeaux fongueux, très mous, qui furent extraits peu à peu. Il restait le pôle inférieur de la masse : lui, se laissa isoler au doigt et s'extirpa tout entier, sous la forme d'un lobe arrondi, compact, enveloppé d'une membrane continue. Il n'y avait pas de pus, et la tumeur ne semblait tenir ni aux apophyses épineuses, ni aux apophyses transverses, ni à l'occipital : elle était développée en plein

muscle, et une fois enlevée, il restait, dans l'épaisseur du grand complexus et du splénius, une large cavité irrégulière, à parois déchiquetées. — En examinant la surface de l'occipital mise à découvert, je trouvai un point dénudé, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, où l'os, blanc et terne, semblait nécrosé : à la gouge, je fis sauter la lame compacte; le tissu spongieux saignait bien et paraissait sain. La cavité intra-musculaire fut régularisée, un surjet de catgut jeté sur les muscles, un autre sur l'aponévrose, et la peau réunie.

Dès lors, l'hypothèse de sarcome devenait très probable, je dis seulement probable, parce que, deux fois, j'ai eu l'occasion d'observer des tumeurs fongueuses, toutes semblables d'aspect à celle que je viens de décrire, et qui, greffées sur un foyer de carie, n'étaient autre chose que du tubercule à peine ramolli.

L'examen histologique devait nous donner une solution définitive. Pratiqué par M. Guillemot, interne du service, il a montré qu'il s'agissait d'*un sarcome mou, globo-cellulaire*, autrement dit, d'une tumeur extrêmement maligne, et du pronostic le plus grave. Quant à la petite surface dénudée, que nous avons bien dûment constatée sur l'occipital, elle était due, sans doute, au contact prolongé et à la pression exercée par la tumeur.

Voilà donc un cas de *sarcome musculaire de la nuque*, qui, par un ensemble de détails cliniques, figurait si bien l'abcès froid, que l'histologie seule a permis d'en déterminer la véritable nature. Vous verrez des analogies plus étonnantes encore entre les suppurations franches, le phlegmon chronique, et certaines tumeurs sarcomateuses.

Au sein, les exemples n'en sont pas rares; mais je tiens à vous en rapporter un autre, qui m'a beaucoup frappé, il y a quelques années. Un homme d'une cinquantaine d'années entre ici, salle Michon, dans le service de mon maître Le Fort, avec une grosse plaque rouge, épaisse, douloureuse, qui recouvre toute la moitié gauche du cou; le mal ne date que d'une quinzaine de jours; la fièvre revient chaque soir. C'est le phlegmon large de Dupuytren, dans sa forme la mieux caractérisée; au bout de quelques jours, plusieurs points ramollis se soulèvent et donnent issue à du pus; on pratique plusieurs débridements, d'autres abcès se forment, et finalement l'on est obligé de traverser d'un

gros drain la cavité purulente, qui occupe toute la face profonde du sterno-mastoïdien décollé. Mais le processus ne s'arrête pas. le décollement profond s'étend de plus en plus, des bourgeons rougeâtres, sanieux, fongueux, végètent au fond et sur les bords de toutes les incisions. Le malade se cachectisa rapidement, et, deux mois après, il était mort. Le diagnostic de *sarcome diffus* avait fini par s'imposer, et de fait, à l'autopsie, toute la région latérale du cou était infiltrée d'une gangue néoplasique, ramollie et purulente par place et qui se prolongeait dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien, en dehors, et, en dedans, tout autour du larynx et de l'œsophage.

C'en est assez, Messieurs, pour vous mettre en garde contre les types d'évolution étrange que parfois affecte le *sarcome des parties molles*. Vous comprenez qu'en pareil cas le point de départ primitif, le terrain d'origine de la tumeur, soient bien malaisés à déterminer exactement. Ces sarcomes reconnaissent, du reste, une triple origine : les *aponévroses*, aponévrose d'enveloppe du membre ou feuillets fibreux intra-musculaires; — les *muscles*, — les *gaines vasculaires*. — Je dois ajouter une dernière variété, plus rare, mais à laquelle appartient peut-être la tumeur de la région supéro-interne de la cuisse que nous devons opérer aujourd'hui : les *sarcomes périostiques pédiculés*, qui se rattachent au périoste sur un point du squelette voisin, par un tractus fibro-sarcomateux, un cordon, une racine de longueur variable, mais toujours très grêle par rapport au volume du néoplasme. Perdu à distance dans les parties molles et sous les muscles de la région, il paraît souvent indépendant, et ne révèle ses connexions périostiques qu'au cours même de l'intervention.

I. — Le *sarcome aponévrotique*, qui naît de la gaine fibreuse générale du membre, est, en général, de reconnaissance facile : il est bien limité, bien superficiel et se détache nettement, et s'il contracte des adhérences avec la peau, il reste mobile sur le plan profond, sur les masses musculaires du membre, qui glissent au-dessous de lui. Il faut songer au fibrome, à la gomme, qui affectionnent aussi les aponévroses : mais la marche du mal et la facilité ordinaire de l'exploration laissent moins de place au doute. Les *sarcomes aponévrotiques profonds* se présentent de tout autre

façon : émanés des lames fibreuses inter-musculaires et de la gaine des muscles, ils s'insinuent entre eux, au-dessous d'eux, s'en enveloppent, les refoulent à leur surface, et semblent nés dans leur épaisseur même. Une observation de Trélat[1] rapportée tout au long dans ses cliniques, montre combien le problème est souvent, alors, de solution malaisée : un jeune homme de 22 ans porte, à la face postérieure de la cuisse, une grosse tumeur, datant de quinze mois : elle est mobile, elle n'adhère pas au fémur, elle appartient, suivant toute évidence, aux parties molles. On discute le fibrome, le névrome, le lipome, et l'on s'arrête au diagnostic suivant : sarcome provenant des aponévroses inter-musculaires ou des tendons fléchisseurs de la cuisse, adhérences probables aux vaisseaux, dans le canal de Hunter. On intervient, et l'on trouve un gros sarcome fuso-cellulaire, sans aucune attenance vasculaire, et développé en plein dans la gaine du demi-membraneux. L'extirpation est pratiquée, et la guérison opératoire obtenue, après quelques incidents. Une année ne s'était pas écoulée, que l'opéré mourait de généralisation.

II. — Le terme de *sarcome musculaire* ne s'applique donc, dans son sens propre, qu'aux *tumeurs nées dans l'épaisseur même des corps charnus* et dont le muscle lui-même est l'habitat primitif, et non à celles qui les envahissent et s'y développent secondairement. Et cette distinction nécessaire réduit de beaucoup les sarcomes musculaires proprement dits. M. Guitton[2], dans une thèse récente, qui constitue le premier travail d'ensemble sur cette intéressante question, n'en a conservé que 30 observations; il faut y ajouter 5 autres cas, publiés en 1892 par M. le professeur Tedenat (de Montpellier)[3], et dans lesquels la tumeur avait pour siège le grand fessier, le grand dorsal, le grand pectoral, le sterno-mastoïdien, le grand adducteur de la cuisse. Nous n'entrerons pas dans les détails de la question histologique, et nous ne chercherons point quel est le rôle précis de la fibre musculaire, de l'élément noble du muscle, dans le mécanisme de production du néoplasme; aussi bien semble-t-il avéré que ce rôle est essentiellement passif. C'était la conclusion de

1. Trélat. *Clin. chir.* T. I, p. 79 ; *Sarcome de la cuisse.*
2. E. Guitton. *Contribution à l'étude du Sarcome primitif des muscles de la vie de relation.* Th. doct., 1894.
3. Tédenat. *Montpellier médical*, 1892.

M. Christiani[1], en 1887; c'est encore, ou à peu près, celle de M. Pilliet, d'après l'examen de la pièce qui figure, à titre d'observation inédite, dans la thèse de M. Guitton : « Il s'agit d'un sarcome développé aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire du muscle; à son contact, ce dernier subit une atrophie très particulière par dégénérescence fibroïde de l'enveloppe des faisceaux primitifs; il est, pourtant, extrêmement probable que certaines fibres musculaires subissent, *in situ*, la transformation en néo-capillaires et accroissent ainsi le néoplasme. » Cette observation est celle d'un sarcome du deltoïde gauche, extirpé, chez un jeune garçon de 15 ans et demi, par M. le professeur Tillaux.



Fig. 11. — Sarcome du deltoïde droit.

Voici un fait tout semblable, que j'ai recueilli, il y a quelques mois, à l'hôpital Saint-Louis :

Il s'agit d'une femme de 60 ans, vigoureuse, au teint coloré, d'un notable embonpoint, qui entrait salle Gosselin, le 3 avril dernier, dans le service de M. le docteur Marchand, que je suppléais. Son histoire pathologique est loin d'être chargée; elle n'a pas de cancéreux dans sa famille. S'il faut l'en croire, il n'y a pas plus de deux mois (sept semaines, dit-elle) qu'elle se serait aperçue de la présence, sur le devant de son épaule droite, d'une grosseur du volume d une noix, indolente et mobile. En dix jours, la tumeur tripla de dimensions : un médecin, appelé, fit une ponction aspiratrice, ne retira rien et conseilla d'attendre. Au bout d'un mois, la tumeur était déjà considérable : une nouvelle ponction donna un peu de liquide roussâtre.

A son entrée, nous trouvons, sur le devant de la région deltoï-

1. Christiani, *Recherches sur les tumeurs malignes des muscles striés. Arch. de physiol.*, 1887.

dienne droite, une tumeur arrondie, hémisphérique, qui fait saillie et se dessine en relief, et qui mesure 12 centimètres de diamètre. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, semée d'arborisations vasculaires, surtout veineuses, et fait tache sur la peau environnante; l'élévation thermique locale est évidente. Le palper est à peine sensible: il permet de reconnaître une masse régulière, de consistance molle au centre, plus compacte et plus dure en dedans, vers l'aisselle, mais nullement fluctuante en aucun

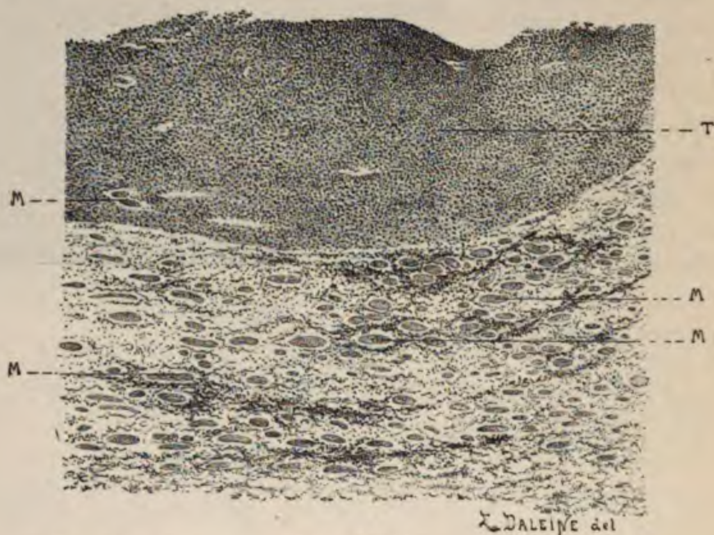


Fig. 12. — Sarcome musculaire (deltoïde). — *M*, fibres musculaires. *T*, tissu sarcomateux.

point. Le bras au repos, elle paraît bien mobile sur le plan profond, se déplace légèrement et glisse dans tous les sens, mais surtout transversalement; elle ne tient pas au squelette. Quand la malade porte le membre en abduction, et qu'on s'oppose au mouvement, en d'autres termes, quand le deltoïde se contracte, la tumeur semble durcir et s'immobilise : elle s'immobilise encore, quoique moins complètement, quand le biceps est contracté. J'ajoute que les mouvements du bras, quoique gênés, s'exécutent encore assez bien.

De ces explorations, et de l'évolution que je viens de vous exposer, nous concluons à un néoplasme des parties molles de l'épaule, n'adhérant pas au squelette, et développé, suivant toute probabilité, dans l'épaisseur du deltoïde; en un mot, à un *sarcome deltoï-*

dien. Il convient d'ajouter que l'on ne trouvait de ganglions ni dans l'aisselle, ni au cou.

Le 17 avril, une incision longitudinale de 14 centimètres mit à nu cette grosse tumeur, que recouvrait une mince lamelle musculaire, appartenant au deltoïde. Je me mis en devoir d'isoler la masse développée en plein muscle, et le travail de décollement se poursuivit sans peine en haut, en bas, en dehors, en dessous, avec une hémorrhagie peu considérable, provenant de la rupture d'un certain

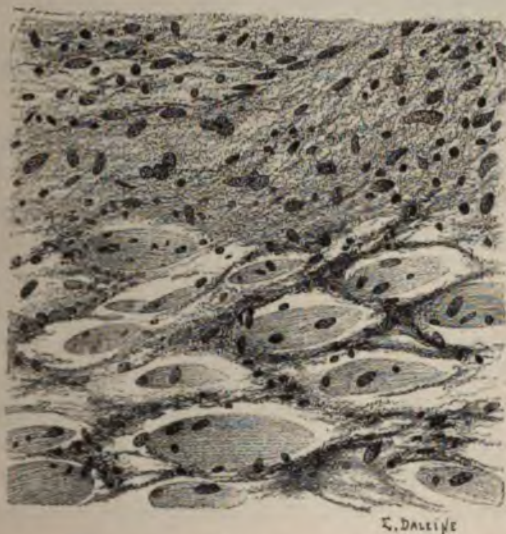


Fig. 13. — Sarcome musculaire (deltoïde). — Fibres musculaires dissociées et formant de petits îlots entourés de tissu néoplasique.

nombre d'artères musculaires, qui furent pincées aussitôt. En dedans, la tumeur recouvrait le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, mais sans y adhérer, de sorte que l'extirpation totale s'acheva aisément : artère et veine axillaires étaient dénudées sur 7 à 8 centimètres de longueur. Le sarcome enlevé, il restait, creusée dans l'épaisseur même du deltoïde, une large cavité saignante : un surjet de catgut en rapprocha les parois, un autre surjet réunit les lèvres de l'aponévrose superficielle. Réunion cutanée totale.

Les suites opératoires furent très simples, et la malade sortait guérie, le 26 avril.

La tumeur a été examinée par mon interne et ami M. Guillemot et voici la note qu'il a présentée à la Société anatomique :

« La tumeur enlevée est du volume d'une grosse orange; elle est de forme régulière, ne présentant de lobulation que dans sa partie supérieure. Sauf en avant, où elle est recouverte par le tissu adipeux sous-cutané, elle est entourée à sa périphérie d'une gangue de fibres musculaires qui lui adhèrent intimement. Ces fibres musculaires figurent à la coupe, une zone corticale, qui tranche, par sa coloration foncée, sur le reste de la tumeur, constituée par un tissu charnu d'un blanc rosé, faisant saillie à la surface de la loupe, de consistance partout également molle, mais ferme; le raclage ne donne, pour ainsi dire, pas de suc.

« Les coupes histologiques ont été faites de manière à comprendre à la fois le tissu musculaire et le tissu néoplasique. A un faible grossissement, sur les différentes préparations, on se rend compte que l'adhérence de la tumeur à sa gaine est due à l'infiltration néoplasique épaississant les travées conjonctives qui entourent les faisceaux secondaires du muscle (fig. 12). Le tissu conjonctif interfasciculaire est lui-même épaissi et criblé de noyaux. A mesure qu'on approche de la tumeur, les fibres musculaires sont de plus en plus dissociées, formant de petits îlots entourés de tissu néoplasique et finissent par être complètement isolées (fig. 13).

« A un grossissement moyen, on reconnaît que la tumeur est formée de cellules à gros noyaux, plongées dans un stroma fibrillaire..., en résumé, on est en présence d'*un sarcome à cellules relativement jeunes, intra-musculaire, d'un sarcome primitif du deltoïde*[1]. »

Nous avons donc rencontré, en quelques mois, deux exemples de sarcomes musculaires : sarcome des muscles de la nuque, sarcome du deltoïde. Cela suffit à prouver que, pour les sarcomes des parties molles, cette origine est loin d'être exceptionnelle, bien qu'elle soit plus rare que la genèse péri-vasculaire. Le *sarcome des gaines tangentielles*, à l'aine, au cou, à l'aisselle, au creux poplité, dans toutes les régions que parcourent de gros vaisseaux, est, en effet, classique; dans son excellent mémoire sur les tumeurs de l'aine, M. Kirmisson[2] en a fourni de nombreux exemples; et, en 1887, un assistant de Czerny, M. Carl Regnault[3], signalait toute une série de

1. GUILLEMOT. *Bull. Soc. anatomique*, 1894, p. 510.
2. KIRMISSON. *De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa.* (*Revue de Chirurgie*, 1886, p. 361.)
3. CARL REGNAULT. *Die malignen Tumoren der Gefässcheide.* (*Arch. f. klin. Chir.*) Bd. XXXV, 1887, p. 50.

faits analogues : sarcomes, tumeurs malignes, émanant de la gaine fibreuse des vaisseaux, adhérant aux vaisseaux, s'insinuant dans l'épaisseur de leurs tuniques, ou encore les enveloppant à demi, et, de toute façon, créant à l'extirpation des difficultés considérables et des dangers constants. On ne sait jamais, d'avance, ce que seront ces connexions vasculaires, et nulle intervention n'exige plus de soin et de prudence que l'ablation de ces sarcomes profonds. Ajoutons que leur contact prolongé avec une grosse veine peut devenir le point de départ d'une inoculation véritable, et servir de voie à la généralisation, qui, comme vous le savez, a souvent lieu, en pareil cas, par le système veineux.

Vous le voyez, quelle que soit leur origine, les sarcomes des parties molles sont d'une malignité particulière. Je vous en ai déjà fourni des preuves nombreuses. M. Le Dentu y insistait, dans la leçon dont je vous parlais tout à l'heure : « J'ai opéré, il y a quatre ans, disait-il, une malade, d'une de ces tumeurs sarcomateuses de la cuisse, développée dans les parties molles; j'avais enlevé toutes les masses musculaires périphériques, néanmoins la reproduction en fut très rapide. En vain tentai-je une deuxième intervention : au bout de quinze jours, le néoplasme était en voie de repullulation. » La malignité de ces tumeurs ne se traduit pas toujours par la récidive immédiate et la généralisation rapide, mais par la ténacité et la *succession ininterrompue des récidives*.

L'histoire d'un malade, présentée à la Société anatomique en 1889, par M. Delaunay[1], est fort démontrative, à ce point de vue : en 1874, alors âgé de 35 ans, il reçoit un coup sur la région antéro-interne de la cuisse; un an après, au même niveau, une petite tumeur apparaît, qui acquiert le volume d'une noix et grossit lentement. En 1878, nouveau traumatisme, hémorrhagie : la tumeur, un sarcome, est enlevée à l'hôpital Necker, par M. Reclus. Au bout de cinq à six mois, récidive, qui devient grosse comme un œuf de poule : le malade entre à l'hôpital Cochin, et M. Th. Anger pratique une seconde extirpation; cinq semaines plus tard, autre récidive, et nouvelle ablation. Deux ans, le malade reste dans le service, et, pendant ce temps, quatre fois le sarcome se reproduit, et quatre fois il est enlevé de nouveau. Il sort de l'hôpi-

1. Delaunay. *Sarcome de la cuisse ; récidives ; généralisation pulmonaire.* (*Soc. Anat.* 1889, p. 307.)

tal six semaines après la dernière intervention; mais une hémorrhagie ne tarde pas à se produire, suivie d'une seconde, puis d'une troisième : il rentre dans le service de M. Th. Anger, où l'on ampute la cuisse. C'était la septième récidive, la huitième opération. Il est admis à l'hospice d'Ivry, en 1887, et bientôt se montre. dans le moignon, *une nouvelle récidive sarcomateuse, la huitième* : on désarticule la hanche, il meurt. Il avait 50 ans, le néoplasme s'était ainsi reproduit *pendant quinze ans.*



Fig. 14 — Myxome pédiculé de la cuisse.

Ainsi donc, chez nos deux malades, le pronostic doit être très réservé. Il est plus sombre encore, à mon avis, chez le jeune garçon de 19 ans, auquel nous avons enlevé un sarcome mou, globo-cellulaire, de la nuque, et, bien que l'ablation ait été, en apparence, très complète, je m'attends à un retour offensif du mal, à une date peu éloignée. Chez notre homme de 67 ans, que nous opérerons tout à l'heure, la tumeur remonte déjà à quatre années, elle est bien isolée, bien mobile, et je la crois, sous bénéfice d'inventaire, bien entendu, de malignité moins certaine.

Toujours est-il que l'extirpation s'impose, et nous allons y procéder dans un instant. Il ne me paraît pas qu'elle doive présenter de difficultés, la tumeur s'étend jusqu'à la limite interne du triangle de Scarpa, mais sans le déborder, et nous n'aurons affaire, sans doute, qu'aux vaisseaux obturateurs.

L'opération a été faite le 25 juin. La cuisse étant écartée en

dehors, on pratiqua, sur sa face interne, dans l'interstice du moyen adducteur et du droit interne, une incision longitudinale, de douze centimètres environ, qui remontait jusqu'au pli génito-crural; la peau, le tissu cellulo-adipeux et l'aponévrose sectionnés, on arriva, en séparant les deux muscles, sur la tumeur, de surface lisse, ronde, blanchâtre ; le travail d'énucléation se poursuivit sans obstacle, il n'y avait aucune adhérence, et seuls, les vaisseaux obturateurs, qui croisaient la masse en avant, furent coupés et liés. En haut seulement, on éprouva de la résistance : un véritable *pédicule, gros comme le petit doigt, et de deux ou trois centimètres de long, reliait la tumeur au périoste de la branche ischio-pubienne*, et venait s'implanter sur elle, à la hauteur de sa partie moyenne : il fut coupé ras aux ciseaux, et l'extirpation achevée. Il restait une grande cavité intermusculaire, une loge, qui occupait toute la partie centrale de la région des adducteurs, dissociés et refoulés : elle était limitée, en avant, par le moyen adducteur; en arrière, par un plan musculaire formé par les 2e et 3e adducteurs; en dedans, par le droit interne; en dehors, par le fémur recouvert du vaste interne du triceps : tous ces muscles étaient intacts et enveloppés de leurs gaines conjonctives. Un double surjet de catgut rapprocha les parois de cette vaste poche, et la peau fut réunie.

La tumeur, sphéroïde et régulière (Fig. 14), présentait, à l'œil nu et à l'examen histologique, tous les caractères du myxome pur[1]. C'était donc un myxome pédiculé, émané du périoste de la branche ischio-pubienne.

1. Elle a été présentée à la Société anatomique, par M. Isidor, le 29 juin 1894.

V

L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

Ses formes : ostéomyélite condensante, le tibia ostéomyélitique, exemples. — Ostéomyélite suppurée à séquestre central, diagnostic avec le sarcome épiphysaire. — L'intervention opératoire.

MESSIEURS,

Notre clientèle hospitalière nous fournit assez rarement des exemples de l'ostéomyélite aiguë, dans sa forme classique; au contraire, nous observons journellement, dans toutes ses variétés et toutes ses localisations, l'ostéomyélite chronique prolongée : séquestres invaginés de l'extrémité inférieure du fémur, leur lieu d'élection, fistules intarissables qui mènent à un point de nécrose, abcès douloureux des os, arthrites chroniques et pseudo-ankyloses d'origine ostéomyélitique, tous ces faits sont pour vous d'observation courante, et nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de nous entretenir de ces formes diverses.

Tout autres sont les cas dont nous nous occuperons aujourd'hui : ici, la lésion osseuse, quoique de nature et de pathogénie identiques, s'est constituée lentement, insidieusement, sans crise aiguë, et sans que l'examen le plus attentif des antécédents révèle, à un moment quelconque de la vie des malades, les accidents inflammatoires, fébriles, graves, qui signalent, en règle ordinaire, l'invasion staphylococcique. Ici, en un mot, la maladie osseuse, dès ses débuts, suit les allures d'une maladie chronique : elle les garde durant tout le cours de son évolution. C'est l'*ostéomyélite chronique d'emblée*.

Cette forme curieuse de la *maladie staphylococcique des os*, si vous me permettez d'appeler de ce nom les expressions si nombreuses de l'ostéomyélite, a, depuis longtemps, sans doute, provoqué les remarques et suscité l'étonnement des chirurgiens; elle a eu quelque peine à se dégager de l'ostéite tuberculeuse, et les dénominations qui lui ont été d'abord assignées témoignent de cette similitude d'aspect et d'une confusion trop aisée.

C'est au professeur Trélat que revient le mérite d'avoir, en France, bien dégagé l'ostéomyélite chronique d'emblée, et la lecture de ses leçons, les thèses successives de ses élèves, montrent bien comment le type clinique s'est, de mieux en mieux, caractérisé. L'ostéomyélite insidieuse, que décrivait Francon en 1885, et qu'il considérait comme le premier terme de la tuberculose osseuse, s'est dédoublée : l'on a rendu à la tuberculose ce qui lui appartenait, et il est resté un certain nombre de faits précis, pour former le bilan de l'ostéomyélite chronique d'emblée, telle qu'elle est définie et étudiée dans la thèse de notre collègue Demoulin[1]. A l'étranger, le même travail d'analyse se poursuivait et arrivait au même résultat.

Or, Messieurs, dans cette forme chronique d'emblée, l'ostéomyélite est susceptible de revêtir une marche clinique différente, et de s'accuser par des lésions de nature également dissemblable. L'histoire de nos deux malades en témoigne.

Vous connaissez le premier, depuis plusieurs mois déjà; il est sur le point de nous quitter. C'est un homme de 49 ans; homme de peine, maigre et d'apparence chétive. Il n'a pas d'antécédents morbides, et jusqu'en 1870, sa santé avait été parfaite; mais alors commença pour lui toute une longue suite d'épreuves et de misères, qui valent la peine d'être racontées. Prisonnier de guerre à Metz, il injurie un officier prussien, et il est, de ce fait, condamné à neuf ans de forteresse : il fit toute sa peine à Berlin, occupé à de rudes travaux de terrassement et nourri de pain noir, de lard salé et de pommes de terre. En août 1880, il est libéré, rentre en France, se fixe à Saint-Quentin, et y travaille comme forgeron jusqu'en 1893. Au mois de mars de cette année, il avait commencé à ressentir des douleurs vagues dans sa jambe gauche, et il s'était aperçu d'un gonflement, au niveau du bord antérieur du tibia. Pressé par la misère, il quitte Saint-Quentin, en juillet 1893, et vient à Paris, à pied; il met un mois et demi à faire le voyage, travaillant sur sa route pour gagner son pain, et ne faisant que de courtes étapes, à cause de ses douleurs et de la faiblesse de sa jambe gauche. Il arrive à Paris le 1er septembre, vit tant bien que mal, souffre de plus en plus, et finalement entre à l'hôpital le 11 novembre.

1. Demoulin. *De l'ostéomyélite chronique d'emblée*. Th. doct., 1888.

Le lendemain de son admission, en le découvrant, je ne pus m'empêcher de m'écrier : « Quel beau tibia Lannelongue! » Et, en effet, c'était un type achevé de la déformation tibiale que M. le professeur Lannelongue a si bien décrite, dans la syphilis héréditaire. Cette photographie, qui est celle d'un petit malade du service, atteint, lui, de tous les accidents de la syphilis héréditaire, vous permettra de faire la comparaison et de constater la similitude complète. La jambe de notre homme portait, sur sa face antérieure, *une volumineuse bosselure, convexe dans les deux sens, allongée verticalement, étendue de la tubérosité antérieure du tibia jusqu'à la partie moyenne de la crête*, où le relief s'affaissait un peu, pour finir en mourant à l'épiphyse inférieure. Toute la déformation était localisée au tibia, et intéressait son bord antérieur et la portion adjacente de ses faces latérales : c'était comme une calotte oblongue, plaquée sur la crête de l'os. Les deux bords latéraux, bien dessinés, ne participaient nullement à la voussure; j'ajoute que, sur toute sa surface, l'épaisissement prétibial était semé de bosselures arrondies, dures et compactes, petites, mais très confluentes, et qui ne laissaient entre elles aucun espace lisse. La masse était, en outre, d'une dureté égale sur toute son étendue, dureté osseuse, partout uniforme.



Fig. 15. — Déformation des deux tibias, chez un jeune garçon de 14 ans, atteint de *syphilis héréditaire*.

La pression réveillait une douleur assez vive, surtout au niveau du tiers inférieur et près de la crête. Quant aux douleurs spontanées, elles présentaient ce caractère spécial, d'être surtout intenses la nuit, et le malade était, sur ce point, très affirmatif : elles revenaient, en général, aux environs de minuit, et le tenaient éveillé une partie de la nuit : elles siégeaient à peu près au même point, au niveau du bord antérieur de la tumeur. Il convient de dire que, dans la journée, elles ne disparaissaient pas; bien au contraire, la marche les exaspérait toujours, et leur imprimait vite

1. Berne. *Manifestations osseuses de la syphilis héréditaire*. Th. doct. 1883.

une acuité telle, que le malade devait s'arrêter; même au lit, tout mouvement un peu brusque du pied avait, dans la jambe, son retentissement douloureux.

Il y avait là, sans doute, d'assez fortes présomptions en faveur de la syphilis, et pourtant, avant d'admettre une *syphilis héréditaire tardive*, se manifestant pour la première fois chez un homme de cet âge, sans nul autre antécédent, sans nulle autre localisation,



Fig. 16. — Ostéomyélite chronique d'emblée, condensante, du tibia gauche. Déformation simulant celle de la syphilis héréditaire.

nous étions en droit de demander de plus amples renseignements. Le malade n'avait, d'ailleurs, et l'interrogatoire le plus minutieux ne révélait, dans son passé, aucune trace de syphilis acquise : il portait quelques cicatrices à la région sus-claviculaire, mais qui provenaient de coups de sabre reçus sous les murs de Metz.

Vous vous rappelez que nous avons longuement discuté le diagnostic différentiel. En mettant à part la syphilis, sur laquelle l'épreuve thérapeutique devait nous éclairer définitivement, quelles hypothèses pouvions-nous émettre? — *Un sarcome.* — Le malade

était amaigri, et les douleurs étaient vives, c'est vrai; mais la tumeur n'avait ni la forme ni la consistance du sarcome du tibia; et même un sarcome central, qui eût distendu lentement les deux parois antérieures de l'os, ne se fût pas traduit à l'extérieur par ce relief allongé, et la coque osseuse refoulée n'eût pas conservé cette dureté extrême et générale, et n'eût pas présenté à sa surface cette série de nouures compactes que nous constations. — La *tuberculose* osseuse était absolument improbable, et les caractères sur lesquels je viens d'insister semblaient devoir l'éliminer tout d'abord.

Ce qui semblait beaucoup plus plausible, ce qui cadrait assez bien avec l'évolution lente de l'affection, avec la consistance et les irrégularités de surface de la tumeur pré-tibiale, c'était l'idée d'une *ostéite chronique condensante*, d'une *ostéomyélite déformante*, d'allures insidieuses, et recélant peut-être, sous cette coque épaisse d'os nouveau, sous cette carapace hyperostosée, un foyer central, un abcès ou un séquestre.

En tout état de cause, le traitement spécifique fut institué, et rigoureusement continué pendant un mois, et, durant tout ce temps, le malade fut tenu presque constamment au lit. Le résultat fut absolument négatif : tout au contraire, le tibia avait encore grossi, et l'élément douloureux, loin de s'atténuer le moins du monde, s'était notablement aggravé. Notre malade nous suppliait d'intervenir : il souffrait nuit et jour, et sa souffrance avait ce caractère aigu et térébrant de la « douleur osseuse ». Vers le même moment, je crus sentir, en dedans, à mi-tibia, un point plus saillant que les rugosités d'alentour, et qui me parut semi-fluctuant : je fis une ponction à la seringue de Pravaz, et je ne retirai rien. Toujours est-il que c'était en ce point, et dans la région avoisinante, que la pression, attentivement répétée, réveillait la plus vive douleur; il correspondait, du reste, à peu près, à la zone de douleur maxima que nous signalions au début.

Dans ces conditions, l'hypothèse de la syphilis héréditaire tardive ne conservait plus pour elle que la forme spéciale du tibia. Ce n'était pas assez. J'intervins. — Je croyais trouver un foyer central, à la hauteur de la région douloureuse, et je comptais faire un large évidement; ou, du moins, si je ne trouvais ni nécrose ni pus, trépaner ce tibia épaissi, y créer une large brèche, et modifier ainsi l'évolution de cette étrange maladie et surtout ses réactions

douloureuses; et je vous avais rappelé, à ce propos, ces *ostéites névralgiques*, que Gosselin décrivait, et dans lesquelles une trépanation, *à blanc*, suffisait quelquefois à supprimer l'élément douloureux.

Le 21 décembre, je fis une longue incision sur la face interne du tibia, au niveau du point douloureux, j'incisai et je décollai, non sans peine, le périoste, un peu épaissi, et je mis à nu une surface osseuse, blanche, mamelonnée, rugueuse, uniformément compacte et dure; je me mis en devoir de creuser, alors, dans cette gangue hyperostosée, une rigole allongée, et, copeau par copeau, j'entaillai un os d'une résistance extrême; j'allai ainsi jusqu'à une profondeur de trois centimètres, au moins, sans trouver ni tissu spongieux, ni trace de canal médullaire : *tout était éburné*, il n'y avait ni pus, ni séquestre, la coloration du tissu osseux était seulement assez foncée, dans les couches profondes; je m'arrêtai enfin, ne voulant pas compromettre la solidité du tibia; et malgré les dimensions de la perte de substance osseuse, comme l'os saignait bien, je suturai toute la plaie cutanée, cherchant à obtenir la réunion sur « caillot humide ». De fait, au premier pansement, douze jours plus tard, la réunion était complète.

Le résultat de cette tunnellisation osseuse a été très intéressant. Les douleurs avaient considérablement diminué. Dès le 26, le malade nous témoignait, à la visite, une vive satisfaction de cet heureux changement : il dormait toute la nuit, l'appétit était devenu meilleur, les mouvements du pied et de la jambe se faisaient sans souffrance. Dans les premiers jours de janvier, il se levait, marchait péniblement, d'abord, puis de mieux en mieux. Une chute qu'il fit, quelques semaines après, retarda un peu ses progrès. Aujourd'hui, il va quitter l'hôpital, il éprouve encore un peu de pesanteur et quelques élancements dans sa jambe, mais l'amélioration est très marquée, il marche facilement et va chercher à reprendre du travail.

Je me garderai bien de dire, Messieurs, que ce mieux est définitif; il n'en est pas moins fort intéressant de relever les résultats produits par une trépanation osseuse, en plein tissu hyperostosé, et qui n'a fait, en somme, que créer une large perte de substance.

Nous avions donc affaire, chez ce premier malade, à une véritable *ostéomyélite chronique d'emblée, ostéomyélite déformante et*

condensante, et qui, par sa localisation à la diaphyse du tibia, avait donné lieu à cette déformation particulière, qui simulait celle de la syphilis héréditaire tardive. Du reste, les faits de ce genre ne sont pas inconnus, et, dans un travail récent, M. Garré[1] (de Tübingen), inscrivait, au nombre des variétés de l'ostéomyélite, cette forme sclérosante, non suppurée, qui simule la périostose syphilitique. Pour être rare, l'ostéomyélite chronique d'emblée, hypertrophiante et condensante, n'en a donc pas moins son authenticité clinique, et l'intérêt en est d'autant plus réel, qu'elle nécessite parfois, comme vous venez de le voir, une interprétation délicate.

II. — Notre second malade, lui, reproduit le type, devenu classique, de l'ostéomyélite chronique d'emblée, *suppurée, à séquestre central.*

Il a trente ans, il est employé de chemin de fer; jusqu'en juin 1893, sa santé a toujours été excellente, il n'a jamais eu ni maladie ni accidents. Le 19 juin 1893, il travaillait sur la voie ferrée à déboulonner des rails, quand il ressentit soudain une douleur vive dans le genou gauche; il rentra chez lui péniblement, et le lendemain matin, il se traînait à la visite du médecin, qui ordonnait l'application d'un vésicatoire sur la face interne du genou. La région, pour être très douloureuse, n'était, d'ailleurs, ni rouge, ni gonflée : il n'y avait pas de fièvre. Et les choses continuèrent ainsi jusque vers la fin de juillet, le genou et la partie inférieure de la cuisse augmentant très lentement de volume, *sans fièvre, sans appareil inflammatoire local*, mais avec *des douleurs extrêmement vives* : des piqûres de morphine devinrent nécessaires pour obtenir un peu de calme et de sommeil. Vers ce moment, une collection purulente se forma au niveau du condyle interne, fut ouverte par le médecin traitant, et donna issue à une assez grande quantité d'un pus épais, ne contenant pas d'esquilles : l'orifice se maintint fistuleux. A la fin d'août, le malade se levait un peu, mais il ne marchait qu'avec des béquilles, et ne pouvait appuyer sur sa jambe gauche : les douleurs, quoique atténuées, étaient toujours vives, et l'extrémité inférieure de la cuisse se tuméfiait de plus en plus. Enfin, il y a une quinzaine de jours, sans plus de

1. GARRÉ. *Uber besondere Formen und Folgezustände der akuten infektiösen Osteomyelitis. Beiträge z. Klin. Chir.* Bd. X, 1893, p. 241.

réaction inflammatoire, une fistule apparaissait au niveau du condyle externe.

Aujourd'hui, vous voyez quel est le volume de la cuisse dans sa moitié inférieure : il semble que le fémur soit entouré d'un *épais manchon cylindroïde*, et la circonférence du membre, mesurée à la base de la rotule, est de 42 centimètres du côté malade, de 25 centimètres du côté sain. La peau est restée blanche et terne : seuls, les deux trajets fistuleux, interne et externe, font tache, avec l'étroite zone rougeâtre qui les circonscrit. Un stylet, conduit par le trajet interne, arrive sur le condyle, qui semble recouvert, puis se dévie en arrière, où il rencontre alors un point dénudé, lui-même assez restreint, et certainement bien inférieur à l'étendue réelle de la nécrose; la seconde fistule est d'exploration fort difficile, et l'instrument s'arrête vite au milieu des irrégularités de son trajet. Le palper montre bien que toute la déformation est d'origine osseuse; c'est le fémur qui est élargi et démesurément grossi dans sa moitié inférieure, et la surface de cette masse osseuse, partout compacte et dure, est irrégulière et bosselée; j'ajoute que l'articulation voisine, un peu enraidie, est peu intéressée, qu'il n'y a pas d'hydarthrose et que, d'ailleurs, le reste du squelette est parfaitement indemne.

Si vous faites abstraction des fistules, vous comprendrez, Messieurs, combien il serait aisé de confondre une pareille tumeur avec un *sarcome périostique*. Début brusque et sans traumatisme occasionnel, évolution rapide, accidents douloureux extrêmement intenses, chez un sujet jeune, jusque-là vigoureux et valide : n'y a-t-il pas là tout ce qu'il faut pour faire croire au néoplasme? Il convient de dire que la consistance est vraiment trop dure, trop profondément osseuse, si j'ose dire, pour cadrer avec les caractères ordinaires de pareille tumeur. Et, du reste, l'hésitation, ici, n'a aucune raison d'être, et je ne tenais à vous signaler ces analogies que pour vous mettre en garde contre une erreur fréquemment signalée.

Quelle maladie étrange, en effet, qui débute ainsi, sans cause, et qui progresse lentement, insidieusement, sans fièvre, sans indices d'infection aiguë, mais qui n'en poursuit pas moins son travail de désorganisation locale. Et, si nous en croyons les résultats de l'examen et les notions acquises, les délabrements profonds doivent être con-

sidérables. Cette énorme coque osseuse n'est formée, sans nul doute, que d'une épaisse carapace d'os nouveau : elle doit recéler, à son centre, un séquestre de longueur presque égale, et qui correspond au tiers ou à la moitié inférieure de la diaphyse : séquestre encore invaginé, encastré, claquemuré, à peine accessible, en dedans et sur une faible surface, à l'exploration, mais dont la durée de l'affection et le volume de la périostose engainante suffisent à dénoncer les grandes dimensions.

Aussi, nous n'avons pas de temps à perdre : il faut, en pareil cas, intervenir tout de suite et largement; tout retard est un crédit nouveau accordé au mal, et le processus de nécrose, quoique d'un pas lent, ne cesse pas de s'étendre. D'ailleurs, les souffrances seules nous seraient une suffisante indication. Que ferons-nous?

Une double incision, en dedans et en dehors, nous conduira sur l'os, dont le périoste sera décollé à la rugine, et les deux trajets fistuleux nous serviront de guide. Probablement, nous trouverons alors, à la surface de l'os hyperostosé, quelques orifices, qui nous serviront de repères, et par lesquels nous pourrons sentir et voir la *colonne nécrosée centrale* : toujours est-il qu'à la gouge et au maillet, nous ouvrirons le fémur jusqu'à son centre, et nous aurons soin de faire longue et large cette brèche osseuse, d'évacuer et de curetter, dans tous ses recoins, le foyer d'inflammation profonde, et d'y laisser un tamponnement iodoformé. En présence de ces formes insidieuses et malignes de l'ostéomyélite, toute intervention qui reste parcimonieuse, qui se borne à l'extraction du séquestre principal, et qui laisse tout autour cet essaim de petites parcelles nécrosées, ces petits foyers purulents infiltrés dans la moelle voisine et dans le tissu spongieux, ces petits abcès enkystés parfois dans les couches profondes de l'os nouveau, toute intervention qui n'est pas poussée aussi loin que possible et jusqu'à l'ablation complète de toutes les traces du processus morbide, est par avance condamnée : j'ajoute encore qu'elle devrait être aussi précoce que possible, et il est bien certain que, pratiquée il y a quelques mois, elle eût prévenu les lésions graves que nous allons trouver aujourd'hui.

L'opération a été faite suivant le programme qui vient d'être exposé. Une longue incision, pratiquée au niveau du condyle interne,

conduisit sur un os rugueux, dur, et troué de deux larges orifices: on fit sauter au ciseau le pont intermédiaire, et l'on découvrit alors *un séquestre central, du volume et de la forme de l'extrémité inférieure du fémur, et qui descendait jusqu'à l'origine des condyles et remontait jusqu'au tiers inférieur du fémur*. Il fut extrait; tout autour, la moelle était infiltrée de pus et de séquestres plus petits: un curage soigné transforma en une large cavité toute l'extrémité inférieure de l'os, En dehors, une seconde incision permit de suivre la fistule, qui n'aboutissait pas au condyle externe, mais se dirigeait vers le creux poplité, et communiquait, en ce point, avec le trajet interne : curettage, excision des parois indurées du canal fistuleux. Une lamelle de gaze iodoformée passa transversalement d'un condyle à l'autre, derrière la surface poplitée : tamponnement de la cavité osseuse.

Les suites de l'intervention ont été fort simples, et la perte de substance du fémur s'est comblée rapidement. Il ne reste plus aujourd'hui qu'un petit trajet fistuleux au niveau du condyle interne, trajet, du reste, peu profond, et qu'un curettage complémentaire achèvera, sans doute, de fermer.

VI

LES FORMES GRAVES DE L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE PROLONGÉE

Une désarticulation de l'épaule nécessitée par une ostéomyélite chronique de l'humérus. — Les éléments de gravité de l'ostéomyélite chronique; nécroses dia-épiphysaires totales. — Complications articulaires, pseudo-tumeurs blanches ostéomyélitiques; exemples. — Autres complications régionales, nerveuses, vasculaires, trophiques. — Accidents généraux. — Récidives lointaines de l'ostéomyélite chronique prolongée.

MESSIEURS,

Je vous présente, guéri et prêt à retourner dans son pays, un jeune homme de dix-neuf ans, auquel j'ai *désarticulé l'épaule gauche, pour une ostéomyélite chronique prolongée du bras.*

Son histoire est longue et douloureuse. Il est entré ici, il y a deux ans, dans le service de mon maître Le Fort, et depuis lors il n'a pas quitté la salle Michon, parcourant une à une toutes les phases de l'ostéomyélite grave. A son entrée, il était atteint d'une ostéomyélite suraiguë de l'humérus, qui datait d'une huitaine de jours, et qui avait suivi de près un traumatisme : la température montait, le soir, à 40 et 41°, les douleurs étaient extrêmement vives, et l'état général, celui d'une infection profonde; une volumineuse collection purulente ne tarda pas à se former à la partie antéro-supérieure du bras : elle fut largement ouverte, et donna issue à une quantité énorme de pus et à plusieurs séquestres. Peu à peu, la fièvre tomba, les phénomènes généraux s'atténuèrent et tout le processus de l'ostéomyélite chronique commença dès lors à se développer. Il restait, à la partie supérieure du bras, une longue série de trajets fistuleux, à travers lesquels il était aisé de se rendre compte que l'humérus était nécrosé dans tout son tiers supérieur.

Dans le courant de septembre 1892, je mis à découvert, par une longue incision, toute la région humérale supérieure, et j'enlevai d'un bloc, un séquestre de 10 centimètres de long, représentant l'extrémité correspondante de la diaphyse, le col et une partie de la tête de l'humérus. Je l'ai conservé, et le voici : c'est un type de

séquestre ostéomyélitique (Fig. 17). Cet os mort était complètement entouré, en arrière et sur les côtés, d'une gaine d'os nouveau périostique. Je fis un tamponnement iodoformé, et la vaste perte de substance bourgeonna assez vite.

Une nouvelle poussée phlegmoneuse s'est produite, en février 1893, à la partie antéro-inférieure du bras. On pratiqua une double incision, de 10 centimètres, de chaque côté du membre, et l'extraction de quelques séquestres. En même temps, le coude se prenait, et, déjà enraidi depuis longtemps, il devenait le siège d'un gonflement douloureux.

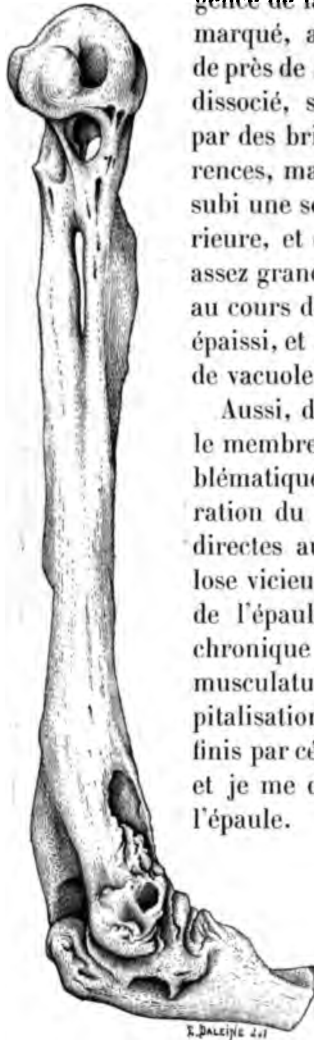
En novembre 1893, quand je revis le malade, le membre supérieur était notablement amaigri, tous les muscles étaient atrophiés, le coude était ankylosé à angle légèrement obtus, l'épaule à peu près complètement immobilisée. Sur le devant du bras, une longue cicatrice, excavée, rouge, adhérente, terminée par une fistule à chaque extrémité, occupe la moitié supérieure; une seconde cicatrice siège à la moitié inférieure, au niveau du bord externe : elle est courbe, et aussi fistuleuse; une troisième, en arrière et en dedans, est interrompue par deux autres orifices fistuleux, et tous ces trajets conduisent sur l'os nécrosé. De plus, la main gauche est pendante, et l'on constate tous les signes d'une *paralysie radiale complète*. Comment le tronc du nerf a-t-il été compromis? A-t-il été blessé par une esquille, comprimé par la rétraction cicatricielle, ou lésé par quelque autre mécanisme? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il que cette paralysie radiale, venant compliquer l'état déjà si précaire du membre, nous parait être un élément d'impotence absolue et définitive



Fig. 17. — Grand séquestre ostéomyélitique de l'humérus.

J'essayai donc d'abord de faire disparaître cette complication malheureuse, et, le 25 novembre dernier, je me mis en devoir de

découvrir le nerf, à sa sortie de la gouttière de torsion. Je le trouvai, non sans peine, et je constatai qu'il présentait, à son émergence de la gouttière, un renflement bulbeux, bien marqué, au-dessous duquel, et sur une longueur de près de 3 centimètres, il était rapetissé, grisâtre, dissocié, serré et fortement appliqué contre l'os par des brides fibreuses. Je le libérai de ces adhérences, mais il ne me parut pas douteux qu'il eût subi une solution de continuité, à sa partie supérieure, et qu'il fût, au-dessous, dégénéré sur une assez grande étendue. De plus, je me rendis compte, au cours de l'opération, que le périoste était encore épaissi, et imprégné de pus, et l'os érodé et creusé de vacuoles contenant des séquestres.


Fig. 18. — Ostéomyélite chronique prolongée totale de l'humérus; ankylose osseuse secondaire du coude.

Aussi, dès ce moment, la possibilité de conserver le membre me sembla-t-elle de plus en plus problématique. Aucune amélioration ne suivit la libération du nerf, et, étant données les constatations directes auxquelles j'avais pu me livrer, l'ankylose vicieuse du coude, l'ankylose presque complète de l'épaule, les foyers multiples d'ostéomyélite chronique de l'humérus, l'atrophie de toute la musculature du membre, la longue durée de l'hospitalisation et la déchéance de la santé générale, je finis par céder aux sollicitations répétées du patient, et je me décidai à pratiquer la désarticulation de l'épaule.

L'opération fut faite le 13 décembre, par le procédé en raquette. La désarticulation ne se fit pas sans quelque peine, par suite de l'absence de la tête humérale, qui était remplacée par une masse osseuse de nouvelle formation, et que reliaient à la cavité glénoïde des adhérences fibreuses et des stalactites osseuses. A la partie supérieure de la glène, un petit foyer d'ostéite fut largement évidé. Surjet profond sur le plan musculaire, réunion cutanée totale.

Il y eut un peu de shock durant les premières trente-six heures, mais tous les accidents disparurent, et la guérison s'acheva sans obstacle. Aujourd'hui, la cicatrisation est complète, l'état général s'est transformé et la mine est devenue excellente. J'ai fait obtenir à notre opéré le « bras du travailleur », qui lui rendra les plus grands services, quand il aura acquis l'exercice suffisant.

Voici l'humérus enlevé : vous pourrez constater les irrégularités de sa surface et les cavités dont il est creusé, et aussi l'ankylose osseuse complète du coude (Fig. 18).

Ainsi donc, Messieurs, l'ostéomyélite chronique est susceptible de revêtir, dans certaines conditions données, *un degré tel de gravité, qu'un large sacrifice, que la mutilation ou l'exérèse totale d'un membre, s'imposent comme la ressource dernière.* Nous savons bien que ces dures nécessités se présentent de temps en temps dans l'ostéomyélite aiguë : mais la forme chronique, celle que nous voyons et que nous traitons tous les jours, ne nous crée pas, d'ordinaire, de pareils devoirs. Elle se traduit par des fistules intarissables, des nécroses plus ou moins étendues, dont l'élimination exige souvent un temps considérable, des récidives d'ostéite à longue échéance, et ce que Golay[1] avait décrit sous le nom d'*abcès douloureux des os*. Mais, à côté de ces variétés communes, il y a aussi, vous le voyez, les *formes graves*.

Quelles sont donc *les conditions de cette gravité exceptionnelle?* Quels sont les éléments de cette incurabilité? Et quelles sont *les indications des interventions larges* dont je viens de vous donner un exemple?

Une ostéomyélite chronique devient grave dans les circonstances que voici : 1° *extension du processus à toute la longueur de l'os*, à la suite d'une ostéomyélite aiguë totale ou bipolaire; 2° *complications articulaires*, ostéo-arthrite chronique ostéomyélitique; 3° *déchéance de l'état général.*

Les *nécroses diaphysaires totales* sont loin d'être toujours l'indice d'une situation locale désespérée : le séquestre primitif, chez notre malade, comprenait toute la longueur de l'os ancien; et, après avoir

1. GOLAY. *Des abcès douloureux des os.* Th. doct., 1879.

extrait, par la plaie supérieure, un segment nécrosé qui représentait presque la moitié de l'humérus, je me rendis compte que le reste de l'os était mort; pourtant je m'arrêtai, les délabrements étaient déjà trop étendus, et l'état général était, alors, trop précaire pour autoriser une résection complète : les opérations ultérieures, pratiquées sur le tiers inférieur du bras, ont eu pour but d'enlever, par fragments, cette demi-diaphyse. Eh bien, dès ma première intervention, je trouvai, tout autour de la colonne séquestrée, une gaine d'os nouveau, déjà épaisse, dure, compacte, et dans laquelle je dus ouvrir, au ciseau, une brèche longitudinale! Aujourd'hui, l'humérus que je vous présente est *un os nouveau dans toute sa longueur*. Nous assistons donc, chez les jeunes sujets, à la *régénération totale des grands os des membres*. Mais regardez cet humérus nouveau, voyez de combien de foyers nécrosés, de combien de vacuoles purulentes il est encore parsemé; l'ostéite l'imprègne tout entier. Combien de mois et combien d'interventions complémentaires eût-il fallu encore, pour éteindre définitivement le processus? Et quelle aptitude fonctionnelle eût conservé ce membre, couturé de cicatrices, atrophié, scléreux?

De fait, l'ostéomyélite chronique, qui succède à ces ostéomyélites aiguës totales, n'est pas toujours identique à elle-même : il arrive qu'une fois la crise aiguë passée, une fois l'os mort et séquestré, l'infection semble disparaître en grande partie, et c'est par un travail de réparation franche que l'os nouveau se reconstitue; il arrive aussi que, pour être devenue moins bruyante, l'ostéite n'en continue pas moins sourdement et progressivement son œuvre de désorganisation : l'os périostique se raréfie et se nécrose à son tour et les lésions se succèdent et s'étendent sans trêve : notre jeune malade en était un exemple.

Mais, chez lui, tous les éléments d'une gravité toute spéciale se trouvaient combinés : il y avait une complication nerveuse, irrémédiable; il y avait de l'arthrite ostéomyélitique du coude et de l'épaule : le coude était ankylosé, l'épaule était remplie d'un liquide séro-purulent et de fongosités, et un foyer d'ostéite occupait le tiers supérieur de la glène.

Ces *arthrites chroniques d'origine ostéomyélitique* sont d'un grand intérêt, et par les formes et les similitudes qu'elles revêtent souvent, et par les indications opératoires qui en découlent. M. le

professeur Tillaux a bien mis ce point en lumière, et, dans la thèse de son élève Lautier[1], vous trouverez des faits de ce genre, très instructifs.

Les *variétés bénignes* de la complication articulaire ne sont pas rares, au cours de l'ostéomyélite chronique, épiphysaire : l'hydarthrose, les raideurs articulaires, les fausses ankyloses. Et tel est le point de départ fréquent *des formes graves*. Celles-ci se présentent sous deux aspects ; le plus souvent, la déformation porte surtout sur les extrémités articulaires, elles sont grosses, irrégulières, douloureuses par places, l'épanchement est purulent ou séro-purulent, quelquefois sanglant, mais les tissus péri-synoviaux sont, en somme, peu épaissis, il n'y a pas ou peu de fongosités, tout semble se passer dans les os ; et, de fait, au cours de l'opération, on trouve les épiphyses semées de géodes purulentes, de foyers de nécrose, qui souvent même sont en communication large avec la cavité de l'article. — Ailleurs, le gonflement est plus diffus, et l'empâtement plus généralisé, la jointure est devenue globuleuse, et, sur tout son pourtour, donne à la main la sensation mollasse des fongosités : c'est alors que *les analogies avec la tumeur blanche* peuvent être extrêmement étroites.

En voici deux exemples, qui me semblent démonstratifs.

Un jeune homme de vingt et un ans entre ici, salle Michon, le 15 décembre 1891, pour une arthrite chronique du genou droit. Deux ans auparavant, et sans maladie antérieure, il avait été atteint d'une affection douloureuse, fébrile, qui se localisa surtout dans le membre inférieur droit : les deux épiphyses du fémur et l'extrémité postérieure du premier métatarsien se prirent, à peu de jours d'intervalle ; il se forma d'abord, dans le triangle de Scarpa, une collection fluctuante, qui finit, au bout d'un mois, par s'ouvrir seule, en donnant issue à une notable quantité de pus. Peu après, l'extrémité inférieure de la cuisse se gonflait à son tour, devenait le siège des mêmes douleurs lancinantes et continues, et un autre abcès, très volumineux aussi, apparaissait dans le creux poplité. Ces phénomènes se reproduisirent à peu près identiques, au niveau de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, et ce fut dans cet état que le malade se fit transporter à l'hôpital Lariboisière. — Une triple intervention fut pratiquée, dont témoignent aujourd'hui des

1. Paul Lautier. *Th. doct.*, 1892.

cicatrices bien apparentes. — A la suite d'une longue immobilisation, le genou s'enraidit dans une position vicieuse, qui ne fit que s'accentuer et qui devint définitive.

C'est dans cet état d'ankylose angulaire que le genou droit se présentait à nous : ankylose qui semblait complète, aucun mouvement actif n'étant possible et les mouvements passifs paraissant eux-mêmes impraticables. Le tibia était subluxé en arrière et en dedans, et la déformation générale de l'articulation très accusée. On constatait un peu de liquide épanché, et la pression réveillait de vives douleurs, surtout au niveau de l'interligne articulaire, et aussi sur toute la face superficielle du condyle externe, qui paraissait lui-même le plus déformé.

La forme du genou, la subluxation du tibia, l'état du condyle externe, auraient cadré assez bien avec l'hypothèse d'une tumeur blanche; mais l'évolution antérieure du mal, son début brusque et fébrile, les localisations multiples initiales, l'absence de fongosités, l'état général du malade, montrèrent suffisamment qu'il s'agissait bien *d'une ostéomyélite ancienne du fémur et de lésions articulaires du genou, de même origine.*

J'ajoute que le membre était très amaigri, et la jambe surtout très atrophiée. Ouvrir le genou, faire une résection, si les lésions osseuses le permettaient encore, amputer la cuisse dans le cas contraire : tel fut notre programme, auquel le malade souscrivit d'avance, lassé de son impotence.

Le 28 décembre 1891, l'opération fut faite sous le chloroforme. Une incision sous et latéro-rotulienne permit d'ouvrir largement la cavité articulaire, et de se rendre un compte précis des conditions locales : c'était du liquide purulent que contenait l'article; les condyles étaient en partie soudés entre eux par des jetées osseuses, friables, spongieuses et rougeâtres; les cartilages en partie détruits. Dans l'épaisseur du condyle externe, on découvrit plusieurs cavités pleines de pus d'apparence phlegmoneuse et renfermant de petits séquestres. Quelques-uns étaient « à fleur de condyle » et communiquaient même avec l'articulation. Le tissu osseux était jaunâtre, graisseux, et si complètement ramolli, autour de ces foyers purulents, que la rugine s'enfonçait avec la plus grande facilité jusqu'à une profondeur relativement considérable. L'os avait subi les mêmes altérations au niveau du condyle interne et des tubérosités du tibia, et après avoir fait une première

coupe à la scie, je finis par me convaincre que toute tentative de résection et de réunion osseuse, dans un pareil foyer, était par avance condamnée, et que le sacrifice du membre était le seul parti raisonnable à prendre. Je pratiquai donc l'amputation de la cuisse à lambeau antérieur, dans son tiers inférieur. La guérison eut lieu sans incident, et, au bout d'un mois et demi, le malade, que l'on avait gardé quelques semaines de plus pour le familiariser avec le port de son appareil prothétique, quittait l'hôpital en excellent état.

Ici donc, les lésions avaient toute la gravité d'une tumeur blanche à un stade avancé, et toute intervention conservatrice nous eût valu un insuccès certain.

La situation était tout aussi grave, chez un second malade, que je vous présente : la résection du coude, d'abord tentée, dut être suivie, à brève échéance, de l'amputation du bras, et encore le processus n'en fut-il pas arrêté; et plusieurs récidives ont ramené, à maintes reprises, le malade dans nos salles.

C'est en décembre 1891 qu'il entra pour la première fois salle Michon, souffrant depuis un an de son coude droit. L'articulation, qui conservait encore une légère mobilité, était gonflée, rouge, fistuleuse; une gangue épaisse, mollasse, fluctuante par places, l'infiltrait et l'enveloppait sur tout son pourtour : *c'était le type de la tumeur blanche du coude*. Mais les trajets fistuleux, après avoir traversé une couche lardacée et fongueuse, conduisaient tous sur de l'os dénudé, éburné, sonore; les épiphyses cubito-radiales et l'épiphyse humérale paraissaient nécrosées sur une grande étendue. La résection fut tentée et montra les extrémités articulaires infiltrées de pus et séquestrées presque entières; les lésions étaient trop profondes, pour que le résultat fût heureux, et, de fait, en août 1891, il fallut faire l'amputation du bras, et la faire très haute, sous-deltoïdienne. — En janvier 1892, un abcès se forme à la face interne du coude gauche, et nécessite une incision suivie de curettage : c'était un point d'ostéite, localisée à la région épitrochléenne; il resta une fistule, qui, au bout de trois mois, et après une nouvelle intervention, finit par s'oblitérer définitivement. Pourtant le malade a conservé des douleurs dans le coude gauche, et les mouvements en sont toujours un peu gênés. — Il est rentré salle Michon le 15 mai dernier : et l'exploration a révélé un point

très douloureux au niveau de la tête du radius, du reste sans gonflement, sans abcès, sans épaississement périostique. A l'heure actuelle, il n'existe plus, croyons-nous, de foyer constitué, et les douleurs persistantes, d'un véritable caractère névralgique, rentrent probablement dans le type de ces *ostéalgies*, qui sont d'observation fréquente chez les anciens ostéomyélitiques.

Je vous rappelle, en passant, qu'une petite malade de la salle Lisfranc nous présentait récemment un exemple frappant de ces douleurs osseuses, sans lésion : atteinte d'une ostéomyélite ancienne, grave, de la jambe gauche, qui a nécessité une intervention complexe, elle était entrée deux mois avant dans le service pour une douleur extrêmement violente, qui siégeait à la partie moyenne de la cuisse droite : la marche était devenue impossible, toute pression exercée à ce niveau, toute secousse imprimée au membre, réveillait et exaspérait les souffrances; pourtant l'examen le plus minutieux ne révélait aucune anomalie de surface, aucun épaississement du fémur, la température était normale, et, après trois semaines de séjour au lit, la névralgie osseuse, je ne saurais l'appeler autrement, disparut tout à fait.

Mais je reviens aux *pseudo-tumeurs blanches ostéomyélitiques* et j'ai hâte de vous dire, que si, chez mes deux malades, j'ai eu affaire à des lésions particulièrement graves, et qui m'ont imposé l'exérèse totale, il est plus fréquent que la situation locale se prête *à une intervention conservatrice, à la résection*. Et c'est précisément ce point de pratique important que M. le professeur Tillaux a bien mis en lumière : il a bien montré que le terrain, en pareil cas, est autrement propice que dans la tumeur blanche proprement dite; nul doute qu'un certain nombre de beaux et rapides succès de la résection ne s'expliquent par ce fait, qu'en réalité, il s'agissait d'ostéomyélite articulaire. Et cela est vrai pour la hanche, comme pour le genou, comme pour le coude. Rien ne ressemble mieux, dans certaines conditions, à la coxalgie vraie que la *pseudo-coxalgie ostéomyélitique*, et tout récemment, en dressant le bilan des résultats lointains de la thérapeutique sanglante, dans la coxalgie, M. P. Bruns[1] ne manquait pas de faire remarquer qu'une part des guérisons définitives se rap-

1. P. Bruns. *Uber die Ausgänge der tuberkulösen Coxitis bei konservativen Behandlung. Beiträge z. Klin. Chir*, Bd. XII-8, p. 235.

portait certainement à des ostéomyélites de la hanche, méconnues[1].

Vous voyez que la question vaut la peine d'être soulevée, et qu'il est utile d'attirer sur elle l'attention des praticiens, et cela d'autant mieux qu'il serait bien difficile d'établir des règles précises et fixes de diagnostic différentiel, et que, seules, l'analogie et la discussion des conditions individuelles, dans tel cas donné, sont susceptibles de fournir des données certaines. Vous voyez aussi que, sous cette forme, la complication articulaire aggrave notablement le pronostic, puisqu'elle compromet de façon irrémissible l'articulation, et qu'elle exige, pour guérir, la résection tout au moins, et quelquefois l'amputation.

D'autres *complications, vasculaires, nerveuses*, peuvent imposer les mêmes sacrifices, et il se trouve que, par une étrange fatalité, notre désarticulé de l'épaule présentait aussi une complication de ce genre, une complète destruction du nerf radial sur plusieurs centimètres de longueur. Je dois dire que je n'ai pas trouvé d'exemple d'une lésion nerveuse aussi complète, bien qu'il soit, en somme, aisé à comprendre que les troncs nerveux voisins d'un os épaissi, bosselé, hyperostosé, deviennent le siège d'une compression plus ou moins intense. — Les accidents vasculaires sont moins rares; chez un malade de M. de Larabrie[2], jeune homme de vingt-huit ans, atteint, depuis quinze ans, d'une ostéomyélite fémorale, l'artère poplitée et ses collatérales s'ulcérèrent à trois reprises, il se produisit des hémorrhagies graves, qui nécessitèrent, comme ressource dernière, l'amputation de la cuisse.

Enfin *l'état précaire du membre, l'atrophie complète, l'œdème chronique, les lésions trophiques de la peau*, peuvent rendre inévitable l'exérèse, alors que, par elles-mêmes, les lésions osseuses autoriseraient encore des espérances conservatrices. Un tailleur de vingt-deux ans, opéré par M. le professeur Poncet (de Lyon)[3], portait, depuis l'âge de huit ans, une ostéomyélite prolongée du tibia droit, et voici quel était l'état du membre : « Découverte, cette jambe apparaît cylindrique, plus de mollet, un aspect de colonne éléphantiasique, avec peau brune, épaisse, adhérant à la face interne du

1. Voy. plus loin. *Les fausses Coxalgies.*
2. *Soc. de chir.*, 1877; Rapport de M. Ch. Monod.
3. *Gaz. hebd.*, 27 fév. 1892.

tibia, sur toute son étendue. Déprimée en godets irréguliers, elle témoigne de troubles graves de nutrition et de menaces d'ulcère depuis le genou jusqu'au cou-de-pied. Trois ou quatre fistules donnent un pus épais, et livrent passage au stylet, qui arrive de suite sur un tibia volumineux. La palpation montre cet os bosselé, irrégulier, constituant presque à lui seul toute la jambe. Mesuré, il présente une longueur de 31 centimètres, soit 8 centimètres de moins que son congénère: c'est là, en effet, le raccourcissement réel de la jambe malade. » M. Poncet recourut à la désarticulation du genou.

Ailleurs encore, les *trajets fistuleux deviennent le siège d'une dégénérescence épithéliomateuse*, et je trouve, dans une thèse de Lyon toute récente[1], l'histoire d'une vieille ostéomyélite du fémur, dont les fistules, entretenues depuis plus de trente ans, s'étaient ainsi tapissées de cancer : il fallut faire la désarticulation de la cuisse.

Enfin, l'*état général*, le dépérissement et cette sorte d'*infection chronique* qui succède à la suppuration intarissable, les complications viscérales qui en naissent, sont aussi de nature à forcer la main au chirurgien : on fait « la part du feu », si j'ose dire, on supprime le membre, pour sauver le patient. J.-L. Petit[2] pose déjà très nettement cette indication : « Il y a des enfants, et même des adultes, écrit-il, qui sont si exténués par leur maladie, que l'on peut, sans rien craindre, leur couper la jambe dans l'articulation. C'est ce que j'ai vu sur un jeune garçon, qui avait les deux os de la jambe exostosés et cariés dans toute leur étendue; comme cette maladie durait depuis trois ou quatre ans, et que l'on avait fait, en différents temps, un grand nombre d'opérations aux fistules qui s'étaient formées de tous côtés, qu'enfin une fièvre lente l'avait miné au point qu'il n'avait que la peau et les os, on lui coupa la jambe dans l'articulation avec beaucoup de facilité. Le malade, qui n'avait pas dormi depuis plus de deux mois, eut une nuit très bonne, et continua d'être tranquille jusqu'à sa guérison. »

En effet, Messieurs, *on meurt d'ostéomyélite chronique prolongée*, on meurt par infection lente, par stéatose viscérale généra-

1. Albert Chabrand. *Th. de Lyon*, 1894.
2. J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurgicales. Amputation des membres*, p. 844.

lisée. Ne savons-nous pas que l'infection staphylococcique porte, non seulement sur le squelette, mais sur tous les viscères; que le rein, en particulier, est souvent et gravement atteint; que, même alors que le foyer primitif parait sommeiller, la pullulation microbienne n'y continue pas moins, et que les décharges successives, qui en émanent, entretiennent et aggravent les lésions des viscères. Les faits ne manquent pas pour démontrer que, dans ces ostéomyélites anciennes, latentes, et qui semblent éteintes, l'infection est toujours vivace, et susceptible de se généraliser.

Je ne saurais vous en donner de meilleur exemple que celui que j'ai publié sous le nom d'*ostéomyélite chronique prolongée, à distance*[1]. C'est l'observation d'un jeune garçon que j'ai vu ici, en 1883, dans le service de mon éminent maître, M. Verneuil : il était atteint d'une ostéomyélite chronique de l'extrémité inférieure du fémur droit, et il resta deux ans dans le service, les poussées aiguës se reproduisant à intervalles presque réguliers et s'accompagnant, chaque fois, d'une abondante albuminurie[2] : il finit par sortir, ne conservant plus qu'un trajet fistuleux transpoplité, et une nécrose de la surface poplitée du fémur. Depuis huit ans, il garde son trajet fistuleux et poursuit son travail, sans en être autrement gêné. En 1891, il est revenu me trouver pour un abcès du volume d'une grosse orange, qui, sans traumatisme, sans accident quelconque, et aussi sans la moindre douleur, s'était développé, depuis cinq à six semaines, dans la région sacrée, à la hauteur de l'aile gauche. Un abcès froid aurait présenté des caractères et une évolution absolument identiques. Une ponction fut faite, avec toutes les précautions nécessaires, et l'ensemencement du pus donna lieu à une magnifique culture de *staphylococcus aureus* et de *staphylococcus albus*; la collection fut alors largement ouverte, et l'on trouva, dans la profondeur, un point d'ostéite et un petit séquestre. Ainsi donc, *au bout de huit ans, le foyer fémoral d'ostéomyélite prolongée était demeuré assez virulent pour créer, à distance*, par un processus embolique, sans doute *une localisation nouvelle de l'infection*.

Il arrive même que la mort se produise très vite, et au milieu d'accidents d'infection suraiguë, à la suite d'ostéomyélites chroniques, d'apparence toute bénigne, et alors même qu'elles semblent

1. *Gazette des hôpitaux*, 12 nov. 1891.
2. L'observation figure dans la *Th. de Mouret*, 1883.

guéries. Une observation importante, récemment présentée à la Société médicale par M. Netter[1], en témoigne d'une façon frappante : une jeune femme de vingt-six ans, malade depuis dix jours, entre à l'hôpital avec une fièvre violente, une température de 40°,6, un délire intense, de l'embarras de la parole, du strabisme, etc. On trouve des lésions anciennes, à l'humérus, à une côte, au fémur. L'articulation coxo-fémorale gauche est ankylosée. La malade meurt au bout de 48 heures. L'autopsie montre qu'il s'agit d'une infection purulente avec nombreux foyers dans les deux poumons; et, dans le pus, dans le sang, dans le suc des infarctus de la rate, on trouve à l'état de pureté le *staphylococcus pyogenes albus*. On apprit alors que, douze ans auparavant, la malade avait été atteinte d'ostéomyélite, à une côte, à l'humérus, au fémur; que ces lésions avaient laissé des fistules se rouvrant fréquemment et donnant issue à des séquestres, et qu'enfin, il y a quatre ans, dans un service de chirurgie, on avait ouvert un abcès du bras, et enlevé un séquestre de l'humérus. C'était donc, conclut M. Netter, « un remarquable exemple d'ostéomyélite ayant persisté douze ans et ayant entraîné la mort par pyohémie. Ces accidents lointains, ne peuvent s'interpréter autrement qu'en admettant la persistance au niveau du foyer osseux de staphylocoques, dont la virulence, après une atténuation allant jusqu'à un sommeil apparent, a repris à la fin un degré extrême. »

En voilà assez, Messieurs, pour vous convaincre qu'il faudra toujours vous méfier de ces foyers incurables d'ostéomyélites, qui, après une période latente indéfinie, sont susceptibles de se révéler soudain par des accidents, locaux ou généraux, graves; et, dans certaines conditions, heureusement assez rares, lorsque l'extension du processus, les complications articulaires ou autres, l'atteinte portée à l'état général l'exigeront, vous ne craindrez pas de recourir, comme nous l'avons fait chez notre jeune opéré, à un large sacrifice, pour sauver l'avenir[2].

1. *Soc. méd. des hôp.*, 18 mai 1894.
2. Les observations rapportées dans cette leçon ont été publiées par M. Pouteau, dans sa thèse : *Des formes graves de l'Ostéomyélite chronique prolongée*, 1894.

VII

LA CONICITÉ PHYSIOLOGIQUE DES MOIGNONS

Les différentes variétés de conicité des moignons : conicité primitive ou opératoire. — Conicité secondaire, pathologique, atrophique. — Conicité physiologique. — Son histoire. — Son mécanisme : rôle du cartilage de conjugaison, du périoste et des parties molles. — Ses accidents. — Elle est inévitable, quoique de degré variable, à la suite des amputations, dans le jeune âge. — Les précautions à prendre pour l'atténuer.

Je vous disais, il y a quelques semaines, en passant en revue devant vous la série des appareils prothétiques, que le chirurgien qui ampute un membre, doit faire, dès ce moment, « œuvre de prothèse », qu'il doit être guidé par l'idée de créer un moignon « utile ».

Rien ne nuit tant au fonctionnement normal d'un moignon, que la *conicité*; et, de fait, toute notre technique opératoire, depuis Ambroise Paré, est inspirée par cette crainte du *moignon conique*. Il est probable qu'aux premiers âges de la chirurgie, et durant une longue période, les moignons étaient tous coniques; ne nous parle-t-on pas sans cesse de ce bout d'os saillant, dénudé, desséché, qui tardait tant à se détacher; et, dans un mémoire de l'Académie royale de chirurgie[1], Louis n'a-t-il pas décrit, de main de maître, « la saillie de l'os après l'amputation des membres, les causes de cet inconvénient, les moyens d'y remédier, et ceux de le prévenir? » Ambroise Paré reprit et perfectionna l'ancienne méthode de Celse; il montra qu'il fallait donner à la taille des parties molles une longueur suffisante, pour qu'elles puissent encore, une fois la rétraction satisfaite, recouvrir l'os; J.-L. Petit, de son côté, recommande la section en deux temps, et ces principes ont servi de base à tous les procédés modernes.

Cela n'empêche pas que les moignons coniques ne se rencontrent encore de temps en temps, et même il en est une variété qui, relevant d'un processus évolutif, doit être tenue pour fatale. Quels

1. *Mémoires de l'Acad. royale de chir.*, t. II, p. 268.

sont donc les *différents types de conicité*, leurs *caractères* et leur *pathogénie*?

La première forme est représentée par la conicité *primitive* ou conicité *opératoire*; elle est tout entière imputable à l'opérateur: la taille des parties molles a été insuffisante, le lambeau est trop court, et l'on n'a pas tenu compte, dans les limites nécessaires, de la rétractilité de la peau et surtout des muscles; ajoutons, en passant, que le degré de rétractilité des muscles est soumis à des variations assez considérables, qu'il est beaucoup plus accusé chez l'adulte, chez le sujet vigoureux, chez l'homme, que chez la femme, le vieillard ou les cachectiques.

Vient ensuite la *conicité secondaire*, qui ne dérive pas, en somme, de l'acte opératoire lui-même. Le moignon a d'abord bel aspect, il est large, plein, bien musclé; plus tard il devient conique, et par l'un ou l'autre des deux mécanismes que voici.

La réunion ne se fait pas, le moignon suppure, et suppure longuement, l'os central s'enflamme et son bout terminal se nécrose : lorsque la cicatrisation est enfin complète, il ne reste plus qu'un moignon « en pain de sucre », et, à l'extrémité de ce pain de sucre, on voit l'os saillant, épais et irrégulier, qui adhère à une mince membrane cicatricielle. C'est la *conicité secondaire pathologique*, c'est le sort réservé aux *moignons infectés*.

On pourrait appeler « *atrophique* » l'autre variété de conicité secondaire. Et vous en avez un exemple, dans nos salles. Je vous ai montré le moignon de cuisse de ce pauvre garçon, aujourd'hui mutilé et qui a fait, sous nos yeux, jusqu'à quatre tumeurs blanches successives[1] : il y a trois ans, quelques mois après son entrée, je lui amputais la cuisse gauche, pour une tumeur blanche suppurée et fistuleuse, du genou; je fis un grand et large lambeau antérieur : le résultat opératoire fut très beau; et le moignon, durant plus de six mois, conserva cette belle apparence; peu à peu, il s'est amaigri, atrophié, aujourd'hui l'os pointe en avant de près de cinq centimètres, et tout cela, sans aucune trace de réaction inflammatoire, sans adhérence de la peau. Les parties molles ont lentement fondu, en quelque sorte, en même temps que le malade.

1. Voy. plus loin : *Les formes de la tuberculose du genou chez l'adulte*.

alité depuis plus de deux ans, s'amaigrissait et se tuberculisait de plus en plus. Ici donc, le manuel opératoire n'est pour rien dans le développement de la conicité.

Il en est de même dans la troisième forme, sur laquelle je veux insister : la *conicité physiologique*. Vous amputez un enfant, vous faites un moignon très régulier, vous obtenez la réunion par première intention : malgré tout, l'os, qui est encore à sa période d'activité physiologique, poursuivra sa croissance, *il grandira, il deviendra trop long, et la gaine des parties molles deviendra trop courte*. C'est une loi inéluctable, et dont les effets se feront sentir d'autant plus, que l'amputation aura été pratiquée à une époque plus éloignée du terme de la croissance osseuse.



Fig. 19. — Amputation du bras gauche ; conicité physiologique.

Voici un petit garçon de huit ans, qui fut amené ici, en décembre 1891, avec un écrasement de l'avant-bras. Les lésions étaient trop profondes et trop étendues pour légitimer le moindre essai de conservation : il fallait, d'urgence, amputer le bras. Je pratiquai l'amputation au tiers inférieur : je pris deux grands lambeaux, antérieur et postérieur, que j'eus soin de faire très longs. Au douzième jour, la réunion *per primam* était obtenue : la cicatrice était régulière, le moignon, ample et bien cylindrique, dessinait une moue très accusée au-devant de l'os et glissait facilement sur lui. L'enfant sortit de l'hôpital, au bout d'un mois : il nous revenait ces jours derniers.

Depuis quelques mois, le moignon avait changé de forme, mais les parents ne s'en inquiétèrent qu'en voyant paraître, au-dessus de la cicatrice, une petite plaque rouge, qui finit par s'amincir et s'ulcérer.

Vous voyez que l'ancienne cicatrice est intacte, d'aspect et de coloration normales (Fig. 19) : c'est *au-dessus* que siègent l'ulcération et aussi le relief osseux, et ce relief n'est autre que l'extrémité de l'humérus, qui s'est allongé, refoule et troue la peau au-devant de lui. Aussi le moignon n'est-il pas conique, en pain de sucre, mais plutôt *cylindro-conique*, et telle est la forme caractéristique qu'il revêt en pareil cas. Pourtant il est assez rare de voir la conicité physiologique prendre en si peu de temps de telles proportions, et d'ordinaire, plusieurs années sont nécessaires, mais nous ne devons pas oublier que notre jeune garçon est en plein développement, et que, du reste, depuis deux ans, il a beaucoup grandi.

Ce phénomène étrange n'a pas échappé, sans doute, à l'attention des anciens chirurgiens ; mais il est probable que, la conicité étant alors un fait à peu près constant, on en distinguait peu les différentes variétés. Toujours est-il que la question de la conicité physiologique n'a été soulevée pour la première fois qu'en 1853, à la Société de chirurgie, par Denonvilliers : il présentait un de ses malades, opéré dix ans auparavant, et dont le moignon était devenu très conique ; à cette occasion, Guersant rappelait que maintes fois il avait relevé pareil accident *chez des enfants*, et qu'il avait même dû pratiquer secondairement la résection de l'os proéminent ; pour expliquer le fait, il invoquait « l'allongement physiologique ». — Si l'os se développe, lui fut-il répondu, les parties molles se développent aussi, et leur croissance doit se faire du même pas : pourquoi donc cette inégalité de longueur et cette conicité? Nous verrons dans un instant que cette objection spécieuse est aisée à renverser.

En 1859, la conicité physiologique revenait à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, avec une présentation de Chassaignac. M. Marjolin citait le cas d'un enfant, amputé de la jambe, chez lequel, quelque temps après, le péroné proéminait de 5 centimètres, à la surface du moignon ; et lui aussi, il incriminait le cartilage de conjugaison. Les travaux de M. Ollier devaient mettre hors de doute cette théorie pathogénique.

M. le professeur Verneuil, dans ses leçons, M. Kirmisson, dans un intéressant mémoire, en 1884[1], rapportèrent d'autres faits, et mirent définitivement, si je puis dire, la question « au point ». Le malade de M. Kirmisson était un jeune homme de vingt ans, auquel il avait amputé la jambe droite, à l'âge de quatre ans; je tiens à transcrire ces deux dates, pour vous montrer combien il y a de différences dans l'époque d'apparition de la conicité physiologique. A dix ans, c'est-à-dire six années aprés l'amputation, le moignon était devenu douloureux, et peu à peu avait pris la forme conique au bout de quatre nouvelles années, il s'était ulcéré; enfin, à 18 ans, il avait cessé de s'allonger, et vous savez, en effet, que cet âge correspond, en général, à la soudure des épiphyses jambières. L'extrémité des deux os faisait une saillie de deux centimètres, et M. Kirmisson dut extirper un segment de dix centimètres, et réséquer en même temps le nerf tibial postérieur soudé à la cicatrice et terminé par un volumineux névrome. Nous verrons bientôt que, si le moignon conique est d'ordinaire un moignon douloureux, cette adhérence des névromes en donne le plus souvent la raison.

Ainsi donc, l'*os devient trop long, parce qu'il croît plus vite que les parties molles qui l'engainent, parce que son accroissement se fait en longueur, tout d'une venue, alors que l'accroissement des parties molles est interstitiel et périphérique*. Toutes les hypothèses sont tombées devant cette explication, qui n'est que l'expression d'un fait physiologique, et personne ne soutiendra plus, avec Clément (1869)[2], que les enfants ont des moignons coniques, parce que, chez eux, les muscles sont d'une rétractilité beaucoup plus prononcée que chez l'adulte et le vieillard.

Du reste, la théorie du cartilage conjugal rend bien compte de l'évolution ordinaire du moignon conique; vous savez que le fémur s'allonge surtout par son extrémité inférieure, le tibia par la supérieure; et qu'au bras, les rôles sont renversés : c'est par le cartilage de conjugaison supérieur que l'humérus croît, par celui d'en bas, que le cubitus et le radius se développent surtout. Eh bien! les amputations du bras et de la jambe, qui laissent les épiphyses fertiles, sont celles qui donnent le plus souvent naissance aux moi-

1. *Soc. de Chirurgie*, 1884.
2. Clément. De la conicité du moignon de la cuisse, au point de vue étiologique; *Th. doct.* 1869.

gnons coniques : ils sont plus rares, après l'amputation de la cuisse. Plus l'amputé est jeune, plus la conicité sera grande; ce qui se comprend tout seul, si l'on réfléchit à la carrière plus longue que le cartilage de conjugaison a encore à fournir, alors que son évolution est à peine ébauchée.

Pourtant l'on s'est demandé si le cartilage dia-épiphysaire faisait tous les frais de cet allongement, et si le *périoste*, si les *parties molles du moignon* n'y prenaient pas quelque part. Je trouve, à cet égard, dans la thèse de Bruyelle[1], deux faits d'un très réel intérêt. Un enfant de quinze ans, amputé de la jambe, au tiers moyen, onze ans plus tôt, présente une conicité physiologique limitée au péroné : « le cône formé par le moignon présentait, du côté externe, une sorte de prolongement pointu, qui formait une saillie de 2 centimètres environ, couverte de peau non ulcérée ». Il est assez étonnant, tout d'abord, de voir, dans un segment de membre à deux os, l'un d'eux s'allonger seul; mais le fait n'est pas unique, et l'on a relevé plusieurs fois des différences de 2 à 3 centimètres entre les deux os, que la scie avait primitivement sectionnés au même niveau. Donc le petit malade est réamputé, ou plutôt l'on excise le bout d'os saillant, qui est soumis à l'examen histologique.

Si l'os n'avait grandi que dans le sens de la longueur, par le seul travail du cartilage de conjugaison, les travées osseuses devaient toutes être verticales; il n'en était pas ainsi : « aux confins de l'os et du périoste, existe une bande osseuse ayant une limite ondulée, distincte des plans parallèles formant le reste de l'os, se colorant plus vivement par l'hématoxyline que le tissu osseux voisin. Dans cette zone, également, les cellules osseuses sont plus abondantes que dans le tissu osseux voisin ; cette bande représente une zone de néoformation osseuse. Elle existe non seulement au niveau des faces latérales de l'os, mais aussi, fait important, au niveau de l'extrémité osseuse. » En d'autres termes, il y avait là une *gaine d'os nouveau, d'origine périostique*, qui contribuait à allonger et à épaissir le squelette du moignon; et, de là, l'on pourrait conclure que, si la conicité physiologique est due, en grande partie, à l'évolution du cartilage de conjugaison sus-jacent,

1. Bruyelle. De la conicité physiologique des moignons; *Th. doct.* 1887.

elle relève aussi, pour une part, de la génération osseuse sous-périostée.

Ce fait d'observation humaine concorde bien avec les résultats expérimentaux obtenus, il y a longtemps déjà, par Gũterbock[1]. A la suite d'amputations pratiquées sur de jeunes animaux, il a constaté que l'os s'allonge de façon très irrégulière, que tantôt son extrémité se recourbe, tantôt elle s'étale en plaque, et qu'on y trouve tous les caractères d'une néoformation osseuse « atypique », très probablement d'*origine périostique*. On ne saurait oublier qu'il faut, en pareil cas, tenir compte du mode de cicatrisation du moignon et des accidents d'ostéite dont il a pu être le siège, et ne pas confondre avec les végétations et les hyperostoses pathologiques, les produits de l'ossification périostique normale. Sous ce rapport, l'examen du moignon conique de notre jeune malade et de son os trop long ne sera pas sans intérêt, puisque l'amputation a été suivie d'une réunion par première intention.

Mais ce n'est là, en somme, qu'un problème un peu théorique. Que l'allongement osseux soit, dans une certaine mesure, d'origine périostique, le fait est possible; il n'en reste pas moins vrai que le cartilage de conjugaison joue le premier rôle dans le processus. Nous sera-t-il permis, d'après cela, de déterminer l'accroissement post-opératoire de l'os? Ne savons-nous pas quelle longueur d'os fournit, en moyenne, le cartilage *fertile* du fémur, de l'humérus, etc.? Serons-nous donc autorisés à dire, par exemple : chez un enfant de quatre ans, le fémur, amputé au tiers inférieur, devra croître encore de 10 centimètres; et telle est, d'avance, la mesure de la conicité inévitable? Non, sans doute, et pour une double raison : le *moignon mou* s'accroît aussi, beaucoup moins, j'en conviens, que le *moignon dur*; et surtout, l'évolution d'un membre mutilé est loin d'être celle d'un membre intact. L'amputation de l'avant-bras, chez un enfant, réagit sur la croissance du membre tout entier; l'arrêt partiel de développement s'étend même au segment supérieur : on conçoit qu'il porte aussi sur le cartilage de conjugaison, et que l'*os mutilé grandisse moins qu'un os normal*.

C'est sans doute à une raison du même genre qu'il convient

1. GÜTERBOCK. *Experimentelle Untersuchungen über einige Formen der Amputations-Stümpfe. Arch. für Klin. Chir.*, 1880, Bd. XXV, p. 187.

d'attribuer l'*époque variable* à laquelle paraît la conicité; tantôt, comme chez notre jeune garçon, au bout de deux ans, l'os s'est allongé déjà de 2 centimètres et demi; dans d'autres observations, le moignon conserve, durant six années, sa forme et sa longueur primitives : alors seulement la déformation paraît, et il semble que le travail de génération active, longtemps arrêté, ait repris soudain. Le jeune âge de l'amputé y est aussi pour beaucoup.

La conicité, lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites, n'est que peu gênante, et ne nécessite pas d'intervention secondaire : cela s'applique surtout aux moignons qui ne sont pas destinés à « travailler du bout », et sur lesquels l'appareil prothétique prend son point d'appui bien au-dessus de l'extrémité. Chez les amputés qui n'ont pas vingt ans, il est à peu près constant de trouver, au bout de quelques années, le moignon un peu saillant, l'os un peu long; mais la peau reste saine et mobile, et, s'il s'agit de la cuisse, du bras, de la jambe, après l'amputation au lieu d'élection, le dommage réel est nul, et tout se borne à une question de forme, sans importance pratique. On n'en saurait dire autant de l'amputation de jambe au tiers inférieur : ici, le moignon est actif, et, pour que le résultat fonctionnel soit satisfaisant, la pression doit s'exercer, en partie du moins, sur le moignon lui-même : elle devient douloureuse, dès que l'axe rigide devient exubérant.

Dès que l'allongement revêt certaines proportions, le *moignon conique* est nécessairement un *moignon douloureux*, et bientôt un *moignon ulcéré*. Il semble, qu'en pareille occurrence, les névromes cicatriciels soient le siège principal des souffrances, et M. Verneuil a insisté sur cette pathogénie : adossés et adhérents à l'os, d'une part, à la cicatrice, de l'autre, ils sont exposés à une série de tiraillements et de heurts. Du reste, chez notre jeune patient, on sent fort bien, à la face interne du moignon, *deux gros névromes, très douloureux à la pression*. Nous aurons grand soin d'en pratiquer l'excision.

La peau que l'os refoule, comprime et détruit, devient l'origine d'autres douleurs : nous avons vu que l'ulcération, en règle, n'occupe pas l'ancienne cicatrice, mais un autre point du moignon, le plus souvent sa face antérieure; plus tard, les accidents d'ostéite et de nécrose sont toujours à craindre.

Il n'y a donc pas d'hésitation à garder, et le parti à prendre est tout tracé : la réamputation s'impose, ou plutôt *l'excision du bout d'os saillant, poussée le plus haut possible.* Obtiendrons-nous ainsi une guérison définitive, et serons-nous assurés contre la récidive? Nous ne saurions le dire : notre garçon a huit ans, et l'épiphyse humérale supérieure conservera de longues années encore sa pleine activité. Aussi n'est-il pas très rare de voir, chez de jeunes enfants, après une réamputation première, le moignon redevenir conique. Dans un cas de ce genre, Powers[1] dut recourir à trois interventions successives : son petit malade, un enfant de six ans, avait été amputé du bras droit, deux ans auparavant : le moignon devient conique; une première réamputation est pratiquée, et deux pouces d'os réséqués. Deux ans plus tard, le moignon est redevenu conique : seconde réamputation, et ablation d'un pouce et demi d'os. Trois années se passent, et la déformation reparaît : pour la troisième fois, on réampute, en excisant un pouce d'os. Ainsi donc, en trois fois, l'on avait enlevé quatre pouces et demi d'humérus.

Ces exemples suffiraient à montrer, si d'autres raisons ne militaient déjà en faveur de la conservation, combien, chez les enfants, les amputations sont d'un avenir réservé. Sans aller jusqu'à dire, avec l'auteur d'une excellente thèse de Kiel[2], que, chez un jeune sujet, la désarticulation de l'épaule vaut peut-être mieux que l'amputation haute de l'humérus, il est certain que ces moignons ne sont jamais définitifs, avant la croissance terminée. Faire des lambeaux aussi longs que possible, constitue, sans doute, une bonne précaution opératoire, qui retardera peut-être, mais qui n'entravera pas l'évolution fatale du squelette et la conicité qui en résulte.

Attendre que l'os ait achevé sa croissance, et que le terme en soit très rapproché, pour n'amputer qu'une fois, et, d'un seul coup, faire disparaître toute la portion exubérante, nous ne saurions y songer : l'enfant souffre, le moignon est ulcéré, la réaction inflammatoire peut s'étendre et s'aggraver. L'intervention s'impose, immédiate, et, en la faisant aussi large que possible, nous chercherons, sinon à prévenir, du moins à retarder la récidive.

1. POWERS. *On conical Stump after Amputation in children, with especial reference to its physiological causes and prognosis. New-York med. Record*, 1890.

2. H. H. HIRSCH. *Über Amputationsstümpfe im Allgemeinem und eine neue Amputations-Methode im besonderen. Inaug. Diss. Kiel*, 1895.

Nous allons donc rouvrir l'ancienne ligne cicatricielle (l'amputation primitive a été pratiquée à deux lambeaux), et prolonger par en haut les deux têtes d'incision; nous mettrons l'os à nu, en prenant grand soin de conserver intact son périoste et de faire une résection *extra-périostée*; nous prolongerons le plus haut possible la découverte de l'humérus, en refoulant la gaine des parties molles, et nous en exciserons un long bout. Les deux lambeaux, qui devront être *trop longs*, seront accollés l'un à l'autre par leur face profonde, et maintenus, par une série de sutures, en large contact. Comme je vous le disais tout à l'heure, les névromes auront été préalablement excisés. Ce n'est qu'en créant ainsi, à l'extrémité du moignon, un épais coussin de parties molles, en laissant du jeu à l'accroissement ultérieur de l'humérus, que nous éviterons, autant que possible, la récidive. J'ajoute un détail pratique qui a bien son importance : j'avais prévenu les parents, lors de l'amputation, que l'accident actuel surviendrait, suivant toute probabilité, et qu'il était inévitable.

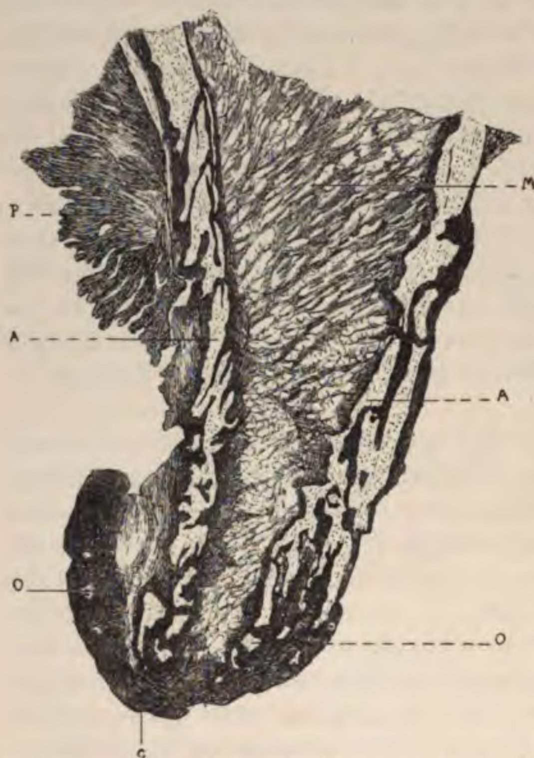


Fig. 20. — Moignon de bras physiologiquement conique. Coupe de l'extrémité osseuse excisée (Guillemot). — AA, cylindre osseux néoformé; — OO, îlots osseux, distants du corps de l'os, et développés dans le tissu voisin; — M, moelle; — P, périoste.

L'excision du segment osseux proéminent a été pratiquée le

30 avril : 5 centimètres d'humérus ont été réséqués. La réunion s'est faite par première intention, et, vingt jours plus tard, notre petit malade quittait la Pitié, avec un moignon épais, long, et qui ballottait au-devant de l'extrémité osseuse. Le segment réséqué a été soumis à l'examen histologique par M. Guillemot, interne du service, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

« L'extrémité osseuse a été mise presque immédiatement après l'opération dans une solution concentrée d'acide picrique. La décalcification achevée, la pièce a été montée et les coupes colorées au picrocarmin, à l'hématoxyline et à l'acide picrique, à la purpurine et au bleu de quinoléine. Sur les préparations ainsi faites, le moignon osseux apparaît coiffé d'une sorte de capuchon de tissu cicatriciel : il s'y termine par une extrémité arrondie. Au milieu des cellules rondes de nouvelle formation et complètement séparés de l'os préexistant, on rencontre des îlots de substance osseuse à bords festonnés et entourés d'ostéoblastes. *Par leur situation excentrique, en plein tissu cicatriciel, ces îlots apparaissent indépendants du corps de l'os, et doivent être considérés comme s'étant développés dans le tissu voisin de l'os.* »

Ce fait contribue donc à démontrer que l'allongement *axile*, dû au cartilage de conjugaison, ne fait pas tous les frais de la conicité physiologique, mais que de l'os nouveau se développe aussi et dans le périoste de l'extrémité osseuse et dans les tissus fibreux voisins, et que cette *ostéogenèse sur place* prend une certaine part à l'exubérance du moignon dur. Il est donc nécessaire d'exciser une large bande périostique, au-dessus de la section osseuse, et de faire une résection soigneusement *extra-périostée* de l'os saillant.

CHIRURGIE DES MEMBRES

I

FRACTURES DE LA CLAVICULE ET SUTURES OSSEUSES

Accidents des fractures mal consolidées de la clavicule. — Raccourcissement du levier claviculaire, compressions nerveuses, immédiates ou retardées. — Cals vicieux de volume anormal. — Indications de la suture dans les fractures récentes. — Technique générale de la réunion osseuse : la suture, la ligature, l'enchevillement, l'engainement ; exemples et procédés.

MESSIEURS,

Nous avons eu déjà, à maintes reprises, l'occasion de pratiquer des sutures osseuses pour des fractures anciennes mal consolidées, pour des pseudarthroses, etc. : aujourd'hui, c'est une *fracture récente*, dont je me propose de mettre à découvert et de réunir les fragments, et l'une de celles, pour qui la méthode sanglante est loin d'être encore classique : une fracture de la clavicule.

Pourquoi l'intervention me paraît-elle indiquée? Comment l'exécuterons-nous? ou, en termes généraux, *quels sont les procédés et la technique d'une bonne réunion osseuse?* Voilà ce que je voudrais rechercher devant vous.

Notre malade est un cocher de fiacre, de quarante-trois ans, robuste gaillard, qui s'est fracturé la clavicule droite, en tombant de son siège, il y a dix jours. Il s'est contenté de mettre son bras en écharpe, et ne s'est décidé à entrer ici qu'au bout d'une semaine. L'os est brisé au lieu d'élection, un peu au delà de la partie moyenne, mais, ce qui frappe surtout, c'est la déformation considérable. Le fragment interne se termine par une épaisse saillie, qui fait heurt sur la face supérieure et qui la déborde de près de 2 centimètres ; au-des-

sous de lui, le fragment externe semble avoir glissé, et une masse dure, vaguement arrondie, irrégulière, paraît être un cal déjà ébauché, qui engaine son extrémité chevauchée. La hauteur des deux fragments, ainsi superposés, mesure près de 4 centimètres et demi et le raccourcissement total de l'os dépasse 3 centimètres. Il n'y a, à l'heure actuelle, aucun signe de compression nerveuse, pas de douleurs vives, ni de troubles de la sensibilité, et la gêne des mouvements, qui est extrêmement marquée, s'explique suffisamment par la solution de continuité osseuse et les caractères qu'elle revêt.

Vous savez si le nombre est grand des appareils et des bandages utilisés pour la réduction et le maintien des fractures de la clavicule; ils sont même si nombreux, et ils donnent tous des résultats si uniformément médiocres ou mauvais, qu'on s'en tient, en général, à la simple écharpe de Mayor, bien appliquée et combinée, s'il le faut, au coussin axillaire.

Du reste, il ne faut pas trop noircir les choses: ce qui pèche surtout, c'est le résultat morphologique. La déformation persiste, la saillie du fragment interne, si elle s'affaisse un peu avec le temps, ne disparaît jamais, pourrait-on dire, complètement, mais la consolidation, dans la plupart des cas simples, n'en est pas moins solide, et le fonctionnement du membre supérieur ne se ressent guère de l'accident. Il n'en est pas de même, lorsque le *raccourcissement dépasse une certaine limite*, et c'est pour cela précisément que nous croyons utile de faire la suture osseuse, chez notre malade, qui, certes, se soucie peu de la plastique de ses épaules, et qu'un cal saillant ne gênerait guère.

Ces *désordres fonctionnels*, que fait naître *le raccourcissement* de l'os fracturé, sont d'ailleurs de notion courante et ancienne. Malgaigne insiste sur cette impotence fonctionnelle secondaire, et, dans une thèse de 1867, Hurel, après avoir examiné les convalescents de l'asile de Vincennes, déduisait de ses recherches les conclusions intéressantes que voici : avec un raccourcissement de la clavicule inférieur à 1 centimètre, la restauration des mouvements est, en général, complète du trentième au trente-cinquième jour, en tenant compte, bien entendu, de l'âge des sujets et de leurs aptitudes diathésiques; si le raccourcissement dépasse 1 centimètre, le retour fonctionnel se fait attendre beaucoup plus long-

temps, et, d'ordinaire, il reste incomplet : les mouvements en arrière, la rétropulsion du bras sont surtout gênés et presque abolis. Il y a donc là une première et importante raison d'intervenir.

J'en trouve une autre, et de valeur tout aussi grande, dans l'évolution ultérieure de ces fractures comminutives et largement chevauchées, et les *accidents de compression nerveuse, retardés ou lointains*, qu'ils engendrent souvent. Elles se consolident d'ordinaire par un très gros cal, entouré d'une épaisse gaine ostéophytique, et qui, à mesure qu'il se développe, refoule, puis comprime les cordons du plexus brachial et y détermine, à une date variable, des lésions, mécaniques d'abord, névritiques plus tard, que le déplacement primitif des fragments n'avait pas suffi à produire.

Les exemples ne manquent pas : un chauffeur de quarante-huit ans se casse la clavicule droite : *quatre mois après*, il entre dans le service de M. Blum, avec un cal exubérant et des phénomènes de névrite, déjà inquiétants, du plexus brachial, de l'atrophie généralisée du membre supérieur, des troubles trophiques, etc. Le cal est mis à découvert, on « résèque à la gouge et au maillet » la partie postérieure qui fait saillie dans l'étendue de 1 centimètre et demi, et, le segment une fois enlevé, on s'aperçoit que la *fracture n'est pas consolidée*, et que les deux fragments, mobiles l'un sur l'autre, sont réunis par un cal fibreux. Chez un autre malade, opéré à la Salpêtrière par notre collègue et ami M. Ricard, les phénomènes de compression nerveuse avaient paru *deux ans après le traumatisme* [1].

Nous avons eu l'occasion, dans le courant de l'année, d'observer et de traiter deux *cals vicieux* de la clavicule.

Vous vous souvenez de cette femme de soixante-cinq ans, qui s'était fracturé la clavicule droite à la fin de 1893, et qui nous revenait, le 16 mai dernier, avec des douleurs et une impotence croissante du membre correspondant. La fracture, d'apparence très simple et sans complications, avait été traitée par l'écharpe de Mayor, et avait guéri sans incident. Au bout d'un mois, la malade, quoique notablement gênée, recommençait à se servir de son bras. *Au bout de deux mois*, des douleurs se montrèrent, au niveau du cal, et tout le long du membre supérieur, pendant que la gène

1. Voy. Louis Richard, Indications du traitement des fractures de la clavicule par la suture osseuse, *Th. doct.* 1895.

fonctionnelle, qui avait semblé d'abord s'amender, reprenait de plus belle et s'aggravait. A son entrée, nous avons constaté tous les signes d'une compression portant surtout sur les origines du médian ; douleurs irradiées le long du bras, de l'avant-bras, et jusqu'à la main, revenant par crises et sous forme d'élancements, fourmillements, engourdissements passagers dans la même zone; la sensibilité était un peu amoindrie, dans le territoire cutané du médian, mais ces désordres sensitifs le cédaient de beaucoup, comme intensité, aux phénomènes douloureux : les doigts, et surtout le pouce, l'index et le médius étaient enraidis et ne se pliaient pas sans une réelle souffrance. Atrophie, légère encore, des muscles de la face antérieure de l'avant-bras et du bras.

Le cal ne paraissait que peu volumineux ; le fragment interne dessinait, à la face supérieure de la clavicule, un relief de 1 centimètre environ, arrondi, presque régulier, et l'on eût hésité peut-être sur l'origine des troubles de compression nerveuse, si l'on n'eût senti, *au-dessous et en arrière de l'os, une masse volumineuse, en partie cachée au-dessous de lui*. L'urgence d'une intervention s'imposait, car des exemples terribles nous ont appris ce que deviennent ces lésions nerveuses, d'allure d'abord assez bénigne, lorsque la névrite se confirme définitivement.

Le 22 mai, je pratiquai, le long de la clavicule, une incision de 7 centimètres, et je découvris, sur la face supérieure de l'os, la saillie du fragment interne que nous sentions; au-dessous, à la rugine, je mis à nu une tumeur osseuse, irrégulière et rugueuse de surface, qui avait refoulé et en partie détruit le sous-clavier, s'étendait en bas jusqu'au contact de la première côte, se prolongeait en arrière, et encadrait toute la demi-circonférence inférieure de la clavicule. Friable et lamelleuse dans ses couches excentriques, la masse se laissa entamer sans trop de peine, et je me rendis compte qu'elle était formée par les *deux fragments, dont l'externe avait glissé sous l'interne d'une longueur de 2 centimètres environ, s'était soudé avec lui, dans cette position vicieuse, et s'était entouré d'une coque épaisse d'ostéophytes*.

Le volume et la situation de ce cal vicieux expliquaient sans peine la compression nerveuse. Je passai au-dessous de la clavicule une sonde de Blandin, et peu à peu, à petits coups, je fis sauter, avec la gouge, toute la partie postéro-inférieure de la tumeur, autrement dit la portion chevauchée du fragment externe et la

gaine d'os nouveau qui l'enveloppait en bas et en arrière; je prolongeai l'évidement assez loin pour que la clavicule figurât une sorte de pont, sous lequel un large passage était ménagé aux vaisseaux et au plexus brachial; un surjet de fin catgut réunit le périoste, et la peau fut suturée sans drain. Les suites de cette intervention n'ont été marquées par aucun incident; la réunion s'est faite par première intention, et, au moment de sa sortie, le 19 juin, l'opérée n'éprouvait plus aucune douleur dans le membre supérieur droit et commençait à s'en servir passablement. Nous l'avons revue depuis, les douleurs n'ont pas reparu, et la restauration fonctionnelle continue à se faire, d'une façon aussi rapide que le permet l'âge de notre malade.

Tout récemment, un autre fait, d'allures plus étranges, nous a montré *quel volume considérable peuvent acquérir en peu de temps*

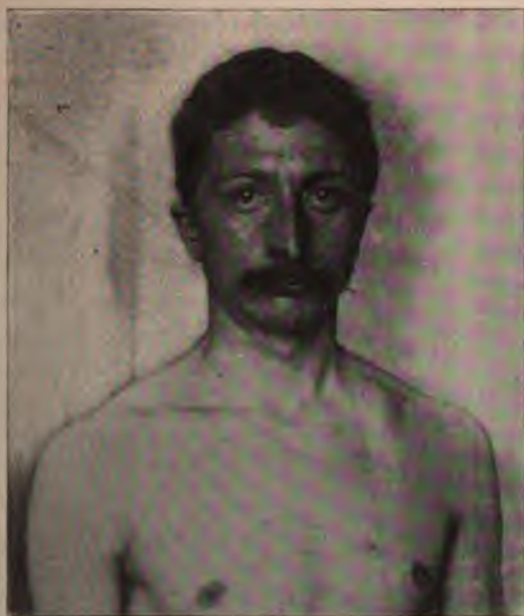


Fig. 21. — Cal exubérant de la clavicule gauche.

les cals vicieux de la clavicule. Un sommelier de 30 ans se fait admettre salle Michon pour *une grosse tumeur douloureuse de la partie moyenne de la clavicule gauche*. Il y a quinze jours, le

malade, en tombant d'un guéridon, a heurté le haut de sa poitrine au dossier d'une chaise; il n'a remarqué aucune déformation, il a continué à se servir de son bras et n'a nullement interrompu son travail. Pourtant, il ressentait, de temps en temps, des élancements au niveau de la clavicule gauche, élancements qui s'irradiaient dans tout le moignon de l'épaule et dans le membre supérieur. Les douleurs n'ont fait que s'accroître, et, quelques jours plus tard, il s'apercevait de l'existence d'une grosseur, qui s'est développée très rapidement. A son entrée, elle avait le volume d'un gros œuf de poule : arrondie, très saillante, soulevant la peau de la région sus-claviculaire, elle était de surface régulière, compacte plutôt que très dure, largement implantée sur la clavicule, sur laquelle elle n'était nullement mobile, et faisait corps avec l'os. La pression exercée alternativement sur les deux moitiés de la clavicule, la pression transversale d'une épaule à l'autre, ne réveillaient qu'une douleur assez sourde au niveau de la tumeur, et ne déterminaient aucune espèce de crépitation, aucune trace de mobilité anormale. La longueur des deux clavicules était sensiblement égale.

Il y avait là de quoi faire naître des hésitations. Chez un homme de 50 ans, un *cal* eût-il pu acquérir, *en si peu de temps*, de si excessives dimensions, et après une fracture qui avait revêtu, en apparence du moins, tous les caractères d'une fracture sous-périostée ou d'une fracture sans déplacement? Nous nous sommes d'abord refusé à le croire, et l'hypothèse de *gomme* ou même de *sarcome* nous sembla fort admissible. Le malade fut donc soumis au traitement spécifique, qui ne donna pas le moindre résultat : la tumeur grossissait encore. Je me décidai alors à intervenir, estimant que, dans l'une ou l'autre éventualité d'un cal vicieux exubérant ou d'un néoplasme, une opération était urgente.

Une incision fut pratiquée le long de la clavicule, et la masse fut découverte : sa surface était d'un gris rougeâtre, à peu près lisse; sa consistance, celle du tissu spongieux, et, de fait, elle était constituée par un tissu osseux feutré et lamellaire, qui devenait de plus en plus compact et dur, à mesure qu'on pénétrait dans la profondeur. Elle entourait l'os sur tout son pourtour. En l'évidant à la gouge et au maillet, je ne tardai pas à m'assurer que c'était bien un *cal exubérant*, une volumineuse masse ostéophytique, développée autour des fragments déplacés d'une fracture. Cette fracture avait-

elle été comminutive? Je ne le crois pas, du moins, je ne trouvai pas de fragments détachés, et les deux extrémités osseuses, une fois dégagées de cette épaisse croûte d'os nouveau qui les entourait, me parurent assez régulières : le trait avait été oblique en bas et en dedans, et la pointe du fragment externe avait très légèrement chevauché au-dessous du fragment interne : tous deux étaient déjà bien réunis, et je me bornai à réséquer toute la portion exubérante du cal, en le modelant à la gouge et à la rugine courbe. La réunion se fit sans incident et le malade sortit au bout d'une quinzaine de jours, conservant encore un peu de gêne du bras, mais ne souffrant plus.

Ce dernier exemple démontre que les fractures de l'allure primitive la plus simple peuvent être le point de départ de cals exubérants, bien faits pour créer des compressions nerveuses. Dans les fractures *comminutives*, dans les fractures *avec chevauchement*, il y a donc tout autre chose qu'un intérêt esthétique à recourir d'emblée à l'intervention sanglante.

Si l'on en croit Waldeyer[1], l'auteur d'une bonne thèse sur *la suture osseuse dans les fractures de la clavicule*, Celse la conseillait déjà, précepte essentiellement théorique, bien entendu, et qui devait rester lettre morte de longs siècles — jusqu'en 1882. Ce fut Langenbuch[2] qui, le premier, la mit en pratique, chez un enfant de dix ans, pour une fracture récente et non compliquée : le chevauchement du fragment sternal, en bas et en arrière, et son extrême mobilité lui parurent une indication suffisante ; les deux fragments furent réunis au fil d'argent, et la guérison eut lieu, sans le moindre incident. L'année suivante, Whitson (de Glasgow)[3] publiait une autre observation ; mais il s'agissait, cette fois, d'une fracture compliquée. D'autres faits de Barker, Bilton-Pollard, Postempski, Blum, Bull, ne tardèrent pas à suivre. En 1891, à l'occasion d'une nouvelle opération, M. Poirier[4] a publié une étude fort intéressante de la question, et posé une série d'indications qui, depuis, ont été admises à peu près par tous ; les voici : 1° Lésions vasculaires sous-cutanées ; 2° lésions nerveuses avérées ;

1. L. Waldeyer. *Die Knochennaht bei der Behandlung der Schlüsselbeinbrüche* (Inaug. Diss., Berlin, 1891).
2. Langenbuch. *Deutsche medic. Woch.*, 1892, n° 5.
3. Whitson. *British med. Journal*, 6 janvier 1893.
4. Poirier. *Semaine médicale*, 1891, p. 369.

3° fracture comminutive avec une ou plusieurs esquilles déplacées, pouvant amener ultérieurement des troubles du côté du plexus brachial, ou devant plus ou moins occasionner le développement d'un cal difforme, susceptible à son tour de comprimer les nerfs sous-jacents: 4° fractures avec déplacement ou chevauchement notable de l'un ou des deux fragments, que ces fragments soient impossibles à réduire, ou impossibles à maintenir réduits; 5° fractures des deux clavicules.

Un travail de M. Ninni (de Naples)[1], un autre de MM. Bégouin et Demons (de Bordeaux)[2], les thèses de Callégari[3] et de Louis Richard[4], et les faits de MM. Reynier et Schwartz, que renferme ce dernier travail, complètent un dossier qui, vous le voyez, ne laisse pas que d'être déjà volumineux.

J'arrive au second point, à la *technique*. Elle est loin d'être aussi simple qu'on pourrait le croire tout d'abord, et la présence des gros vaisseaux et du plexus brachial suffirait déjà à la compliquer. De plus, l'isolement des fragments et leur mise en contact ne représentent que le premier temps de l'opération : il faut assurer la permanence de la coaptation rétablie, en d'autres termes réaliser une bonne et durable réunion. C'est une application, souvent difficile, de la *méthode générale de la réunion des os*.

J'insisterai d'abord sur un premier détail : faire une longue incision, et se donner beaucoup de jour, ne pas craindre un ou deux centimètres de cicatrice, pour faire que la suture osseuse, puisse être exécutée en toute sécurité et aussi parfaitement que possible. Nous nous proposons autre chose qu'un but exclusivement morphologique, et assez illusoire, en somme, puisqu'il s'agirait de remplacer un relief par une cicatrice : nous voulons une clavicule de longueur normale, un cal d'épaisseur minima, un os solide et indolent.

Nous avons — et ceci ne s'applique pas à la clavicule seule, mais à tous les os longs — quatre méthodes générales de réunion osseuse : la *suture*, la *ligature*, l'*enchevillement*, l'*engainement*.

1. Ninni, *Gior. internat. d. Sc. med. Napoli*, 1892, XIV, 333-337.
2. Bégouin et Demons, *Journal médical de Bordeaux*, 20 mars 1892.
3. Callégari, *Des indications de la suture osseuse, dans les fractures de la clavicule*, Th. doct., 1891.
4. Déjà citée.

La *suture* est à la fois la plus simple et la plus ancienne. Toutes les variétés de fil ont été successivement utilisées : le fil d'argent, de grosseur moyenne, est encore le meilleur. Nous savons, et les exemples ne sont plus à citer, qu'il est parfaitement toléré, sous la seule réserve que l'asepsie soit complète; elle ne l'était pas, sans doute, et c'est la seule explication plausible, dans les trois observations de sutures de la clavicule, où le fil dut être retiré ultérieurement[1]. Mais *comment le passer*, dans *quel sens*, et *comment assurer un contact intime et solide* des deux fragments? Ici, la question devient toute mécanique.

Je suppose d'abord que le trait de fracture soit *transversal*, ou à peu près. Si vous vous contentez de mettre un *seul* fil (Fig. 22), vous ferez de fort mauvaise besogne, car il est aisé de comprendre que les deux fragments, retenus l'un contre l'autre par *un seul point de leur pourtour*, ne tarderont pas à s'écarter et à bâiller largement au point opposé, ou bien encore ils se prêteront à un mouvement de rotation auquel votre suture servira de pivot. Il est donc de toute nécessité de placer au moins *deux fils aux deux extrémités d'un même diamètre* ou encore *un long fil unique, conduit d'après le tracé représenté* (Fig. 23). Nous avons utilisé ce dernier procédé dans un cas de pseudarthrose du tibia, et il nous a donné un bon résultat; mais il est nécessaire de serrer aussi fortement que possible et de tordre très court le fil d'argent : autrement, les deux bouts en présence s'écarteraient encore un peu en dessus ou en dessous.

S'agit-il d'une fracture *oblique*, vous n'oublierez pas que, pour être utile, la suture doit être *perpendiculaire au plan de la fracture*. Lui est-elle oblique (Fig. 24), le déplacement, par rotation des fragments l'un sur l'autre, est inévitable. La suture régulière, « qui tient », devra croiser, à angle droit, le trait de fracture.

Enfin, le meilleur mode de suture est, à notre avis, le suivant : un orifice est foré à travers les deux fragments, appliqués l'un à l'autre, et perpendiculairement à leur plan oblique de contact; par cet orifice, on passe une anse de fil d'argent, qui est sectionnée en son milieu, et dont les chefs sont rabattus sur les deux moitiés de l'os, et noués deux par deux (Fig. 25). Cette suture a été indiquée par M. Hennequin, et préconisée de nouveau par

1. Voy. Th. de Louis Richard, citée.

M. Wille[1]; il vous sera facile de vous convaincre par quelques essais cadavériques, de son excellence; elle est applicable, à la clavicule, comme aux autres os, à la condition de n'employer qu'un fil d'argent de volume moyen, pour éviter un trou de trop large diamètre. C'est à elle que j'aurai recours, chez notre malade, si quelque circonstance imprévue m'empêche de tenter un autre mode de réunion, dont nous allons parler dans un instant[2].

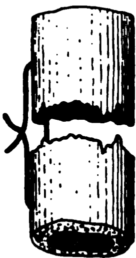




Fig 22. Fig. 23.

Fig. 22. — Fracture transversale. Un seul fil latéral : mauvaise suture.

Fig. 23. — Fracture transversale. Suture en anse, avec un seul fil : excellente.

Il ne suffit donc pas de dire simplement : vous ferez une suture osseuse au fil d'argent : il faut placer ce fil à *la bonne place*, dans *la bonne direction*, suivant quelques principes d'ailleurs fort simples, mais dont l'oubli explique sans doute un certain nombre d'insuccès. Et cette condition est autrement importante que la résistance même du fil; je veux bien qu'il soit le principal agent de contention pendant les premières semaines, mais son rôle finit là, ou à peu près; il n'est qu'un tuteur, et c'est le cal, la cicatrice osseuse, qui rend à l'os fracturé sa solidité normale. Quand nous faisons une suture osseuse (et cela est vrai pour toutes les sutures), notre but définitif n'est donc pas de rattacher l'un à l'autre les deux fragments, de suppléer à leur réunion physiologique par des liens artificiels; non, *nous ne cherchons qu'à les placer et à les maintenir dans les conditions les plus favorables à cette réunion naturelle, en réalisant une coaptation exacte.*



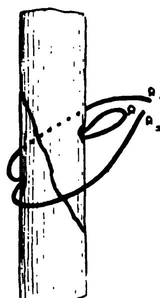


Fig. 24. Fig. 25.

Fig. 24. — Fracture oblique. Fil non perpendiculaire au trait de fracture : mauvaise suture.

Fig. 25. — Fracture oblique. Suture en anse double, perpendiculaire au trait de fracture.

1. Wille. *Eine Verbesserung der Technik der Knochennaht.* (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1892, n° 46.)

2. Dans un cas plus récent, j'ai eu recours à ce mode de suture, et j'ai pu obtenir une coaptation primitive très exacte et très solide des deux fragments obliquement taillés.

La *ligature des os* peut rendre des services dans certaines variétés de fractures très obliques, ou encore dans certains cas où la friabilité extrême des fragments ou leur dureté rendraient impossible l'emploi du perforateur. Une encoche est ménagée sur chacun des fragments, et le fil est enroulé perpendiculairement à la direction du trait de fracture (Fig. 26). M. Blum a eu recours à une pratique de ce genre chez le malade dont nous avons déjà parlé, et avec un plein succès : « On passe, écrit-il, sous la clavicule et à l'aide de la sonde de Blandin, un fort fil d'argent au moyen duquel on amène les deux fragments de la clavicule en contact, et que l'on fixe sur une encoche pratiquée sur le fragment externe en le tordant à la partie supérieure. »



Fig. 26.

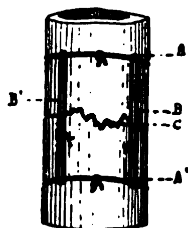


Fig. 27.

Fig. 26. — Fracture oblique. Ligature, perpendiculaire au trait de fracture.

Fig. 27. — Ligature. Procédé de Dollinger.

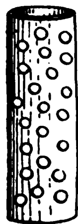
Un procédé de ligature plus complexe a été utilisé par Dollinger[1] : un premier fil est enroulé circulairement autour du fragment supérieur ; un autre autour du fragment inférieur ; deux anses longitudinales réunissent alors, de chaque côté, les deux ligatures annulaires (Fig. 27). Ce n'est là, du reste, qu'un procédé de nécessité.

Je passerai vite sur l'*enchevillement*, qui rend ailleurs d'utiles services, mais qui nous semble ici, sur un os de petit volume comme la clavicule, peu utilisable. Il se fait avec des chevilles d'ivoire, des clous d'os de veau, taillés de forme et de grosseur variables, et stérilisés. On peut en distinguer deux modes, qui sont les suivants : l'enchevillement *transfragmentaire* et l'enchevillement *central*. Le dernier est applicable aux fractures, ou plus généralement aux solutions de continuité transversales des os : un canal est foré dans l'axe du fragment supérieur, un autre dans l'axe du fragment inférieur, et le cylindre, ainsi logé, sert de tuteur central. Si le plan de section est oblique, les orifices seront percés d'une face à l'autre, perpendiculairement, et les

1. DOLLINGER. *Knochennaht ohne, Durchbohrung der Knochen.* (*Centralblatt f. Chir.* 1895. n° 2.)

deux fragments seront *cloués* dans toute la réalité du terme. Que deviennent ces chevilles ou ces cylindres organiques? De nombreux faits et des expériences que je n'ai pas le temps de vous rappeler ont démontré qu'ils se résorbent, en partie du moins, mais que ce travail de résorption ne s'accomplit que fort lentement, et qu'il manque parfois.

C'est sur des bases toutes semblables que la dernière méthode est fondée : l'*engainement*; ici, les deux fragments ne sont plus *cloués* l'un à l'autre : on les entoure d'un large bracelet, d'un cylindre d'os préparé. M. Senn (de Chicago), dans un mémoire de grand intérêt[1], a décrit ce procédé de réunion osseuse, l'a étudié expérimentalement, et en a donné trois observations. Il m'a paru assez séduisant pour que j'aie fait préparer deux cylindres d'os de veau, troués en écumoire, comme l'indique Senn, et de parois très amincies, dont je me servirai, si l'état local me le permet, sur notre malade d'aujourd'hui. La pratique en est, du reste, aisée à comprendre : les deux fragments une fois bien dégagés, on « chausse » l'un d'eux avec le cylindre, puis on introduit l'autre par l'extrémité opposée du tube d'os troué, et la gaine, sous la réserve d'être assez longue et « très juste », applique solidement les deux bouts osseux et prévient le déplacement dans tous les sens. Elle a le désavantage, il est vrai, en cette région du moins, d'épaissir un peu l'os qu'elle entoure et de créer une certaine déformation, mais qui n'est que temporaire et disparait par le travail progressif de la résorption.


Fig. 28. Cylindre d'os décalcifié.

Senn a employé sa méthode de l'engainement dans deux cas de pseudarthrose, l'une du fémur, l'autre de l'humérus, et dans une fracture compliquée de la jambe; il cherche à la généraliser, et il recommande d'avoir toute prête, pour les différents os, une série de gaines, de forme et de calibre différents (Fig. 28). Je dois dire que, dans ses trois observations, la guérison ne s'est pas faite d'une façon absolument simple, et que trois fois le cylindre osseux s'est éliminé. Cela tient, sans doute, à une asepsie insuffi-

1. N. Senn. *New method of direct Fixation of the Fragments in compound and un united Fractures.* (*Annals of Surgery*, vol. XVII, p. 8, août 1893.)

sante, et il semble important que les cylindres soient très minces et préparés avec un soin minutieux. Senn les fait bouillir pendant une heure ou plus, et les conserve dans l'alcool au sublimé à 1 pour 1000. Nos cylindres ont été bouillis deux heures dans l'alcool au sublimé à 2 pour 1000, et plongés ensuite dans l'eau phéniquée forte.

J'utiliserais volontiers ce procédé de réunion osseuse, parce que, après l'avoir expérimenté sur le cadavre, il me semble de pratique facile et susceptible d'assurer une bonne contention de la fracture. Encore faut-il que celle-ci ne soit pas trop oblique, ce qui nécessiterait une gaine osseuse de longueur excessive.

S'il en était ainsi, ou si quelque autre condition locale m'empêchait d'utiliser mes cylindres, j'aurais recours à la suture, au fil d'argent, en me conformant aux règles que je vous ai indiquées. Il est bien difficile, en pareil cas, et la lecture des observations le prouve, de préciser d'avance quelle technique on suivra, et c'est pour cela qu'il est important d'avoir présents à l'esprit les principes généraux de la réunion osseuse.

II

LES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

Deux faits de luxation ancienne de l'épaule. — Les luxations anciennes simples; les luxations anciennes compliquées de fractures. — Anatomie pathologique des luxations anciennes : les causes de l'irréductibilité tardive. — Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus qui peuvent compliquer la luxation. — Indications de l'intervention : réduction simple, ses divers procédés, ses dangers. — Arthrotomie et réduction à ciel ouvert. — Résection de la tête humérale.

MESSIEURS,

Le hasard a réuni, salle Lisfranc, deux *luxations anciennes de l'épaule*, très différentes, du reste, d'âge et de caractère, et qui ne sauraient se prêter à la même intervention.

La première ne remonte qu'à six semaines, et jusqu'ici n'a été l'objet d'aucune tentative de réduction. Il s'agit d'une vieille femme de 78 ans, maigre et cassée, mais pourtant vive et alerte encore ; dans le courant de janvier dernier, à la campagne, elle glisse et tombe sur le côté droit; ce fut le moignon de l'épaule, qui, parait-il, porta sur le sol, et, de fait, quelques jours après, une large ecchymose recouvrait toute la face externe du membre. On n'appela pas de médecin, et des frictions à l'alcool camphré furent le seul traitement appliqué : le bras restait impotent et les douleurs persistaient, si intenses, que la malade se décida à venir à Paris, chez un de ses enfants, où un médecin fit le diagnostic et l'envoya à l'hôpital.

Vous ne trouverez jamais de luxation plus typique (Fig. 29): grâce à la maigreur de la malade, tous les reliefs s'accusent avec une netteté extrême. L'épaule est pointue, saillante, et la face externe du bras forme un angle droit avec la face supérieure de l'acromion, libre et proéminent. En avant, un peu en dedans de l'apophyse coracoïde, une légère bosselure soulève la paroi antérieure de l'aisselle : c'est là que l'on sent et que l'on délimite aisément la tête humérale, arrondie, et qui roule sous les doigts,

quand on fait tourner le bras. Nous avons donc affaire à une luxation *intra-coracoïdienne, irréduite*, mais simple, et j'ajoute que la sensibilité est normale sur l'épaule et le bras, et que nous ne trouvons aucune trace d'une lésion nerveuse ni d'une complication quelconque.



Fig. 29. — Luxation ancienne, intra-coracoïdienne de l'épaule droite.

Il n'en est pas de même chez notre seconde malade. C'est une femme de 57 ans, marchande des quatre saisons, grosse et grasse, dont l'accident remonte à deux mois et demi. Chute sur l'épaule gauche, impotence complète du bras : un médecin répète à trois ou quatre reprises des tentatives de réduction, qui demeurent sans succès; au bout de sept semaines, la malade se fait admettre dans un hôpital, où l'on pratiqua, nous dit-elle, un nouvel essai de réduction, sous le chloroforme, et, douze jours après, on la laissait sortir en lui recommandant de mobiliser son bras autant que possible. Mais les mouvements réveillaient de vives douleurs, et l'état local s'est plutôt aggravé.

Vous pouvez constater tous les signes d'une luxation *sous-coracoïdienne, irréduite*, de l'épaule : le moignon est aplati, le bord de l'acromion saillant, la région sous-acromiale profondément dépressible : en avant, un léger relief se dessine sous la paroi

axillaire antérieure; le palper révèle, à ce niveau, une masse dure. vaguement arrondie, en continuité avec l'axe de l'humérus, qui lui communique ses mouvements; cette masse se prolonge, en bas, jusqu'au bord inférieur du grand pectoral : avec un pouce dans l'aisselle et les doigts sous l'apophyse coracoïde, on la saisit tout entière, en bloc : elle mesure bien trois ou quatre travers de doigt de hauteur. Par le palper axillaire, on découvre, à fleur de peau, pour ainsi dire, une tumeur, cette fois bien arrondie, bien régulière, bien lisse, au moins sur sa face interne, celle qui regarde le thorax : il semble, en effet, qu'elle se présente de champ, et ce que les doigts rencontrent tout d'abord, c'est une sorte de bord irrégulier, qu'une rigole sépare de la face attenante de l'humérus. J'ajoute que, si les mouvements actifs sont complètement impossibles, et si le bras est en abduction moyenne, il se laisse pourtant, sans trop de peine, ramener presque au contact du tronc.

S'il y a donc une luxation de la tête humérale, il y a autre chose encore : une fracture, qui porte très probablement sur le col anatomique. Ce que nous sentons dans l'aisselle nous paraît être la tête humérale, détachée et luxée; une exploration minutieuse permet, d'ailleurs de reconnaître une mobilité légère, une esquisse de glissement antéro-postérieur de ce fragment axillaire; et le relief sous-coracoïdien représente, nous semble-t-il, l'extrémité supérieure, décapitée, de l'humérus. Ainsi donc : *luxation sous-coracoïdienne de l'épaule, compliquée de fracture du col anatomique, et de déplacement de la tête humérale dans l'aisselle* : tel est le diagnostic qui nous paraît s'imposer, et d'après lequel nous aurons à établir notre intervention. Signalons encore une atrophie très marquée du deltoïde, qui réagit peu au courant faradique, et quelques troubles de compression nerveuse, sourtout dans la sphère du cubital.

La situation, vous le voyez, est loin d'être identique chez nos deux malades; et pour discuter, en toute connaissance de cause, ce qu'il convient de faire chez l'une et chez l'autre, il faut nous demander d'abord quelles sont les lésions, autrement dit, quels sont les obstacles à la réduction dans ces deux variétés de luxations anciennes de l'épaule : les *luxations anciennes simples*; les *luxations anciennes, compliquées de fractures*.

Grosse question, Messieurs, fort étudiée, fort débattue, que les théories n'ont pas été sans obscurcir quelque peu, et trop complexe, en vérité, pour s'accommoder des solutions simplistes qui ont été maintes fois proposées.

Avant tout, laissez-moi vous dire ce que j'ai trouvé dans un cas de luxation irréduite de l'épaule, que j'ai opérée le 5 mai dernier, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Marchand.

Elle datait d'un an. Le malade, impotent, présentait une déformation de l'épaule des mieux caractérisées ; le deltoïde était profondément atrophié, l'abduction, la rotation du bras, complètement impossibles.

Sous le chloroforme, je fis une longue incision antérieure, au niveau du pli pectoro-deltoïdien; la veine céphalique liée et coupée, j'écartai largement les deux muscles, après avoir entamé un peu le bord antérieur du deltoïde, et j'arrivai sur une tête *irrégulière et déformée, encore recouverte et bridée par le petit pectoral et une épaisse nappe fibreuse*, et qui était exactement située sous l'apophyse coracoïde. J'incisai en long, sur elle, cette épaisse gaine, qui semblait représenter la capsule, et je découvris une surface cartilagineuse largement érodée; je prolongeai mon incision le plus loin possible en arrière, et, au détache-tendon, je me mis en devoir de libérer la tête luxée.

Je rencontrai des difficultés extrêmes; non seulement la tête était retenue en arrière, probablement par un reste de la capsule, mais elle était enfouie dans une véritable *gangue cicatricielle, ligneuse*, qui l'enveloppait tout entière, qui descendait autour du col, qui tapissait les deux tubérosités et qui se continuait, en arrière, du côté de la glène, complètement masquée par une masse compacte et feutrée, dans laquelle il eût été impossible de retrouver la moindre apparence de lambeaux capsulaires. De plus, le *petit pectoral*, rétracté et sclérosé, *enserrait le col comme d'un frein* et s'opposait à tout déplacement de la tête en dehors; bien isolée sur tout son pourtour, elle tournait sur place, sans pouvoir passer sous ce pont rigide : il fallut le sectionner.

Je m'attaquai alors à la région glénoïdienne, je décollai et j'excisai le tissu fibreux qui la remplissait, je refoulai le reste, et enfin je mis à découvert la glène, réduite à une surface raboteuse, crevassée, sans cartilage.

Réduire, dans de pareilles conditions, eût été irrationnel, et, du

reste, nous verrons bientôt ce que donnent, en général, les réductions à ciel ouvert, tardives; les lésions que je vous expose en ce moment sont de nature à vous expliquer les insuccès. J'achevai donc la dénudation de la tête et du col, et j'en fis la résection; puis l'ancienne glène fut ruginée et modelée au ciseau, et les débris fibreux excisés; j'avais ainsi un large foyer, de parois nettes et régulières; j'y laissai une mèche de gaze iodoformée et je fermai la plaie par un double surjet de catgut sur les plans musculaires, et la suture ordinaire de la peau au crin de Florence. Je vous présente la tête humérale ainsi réséquée (Fig. 30).

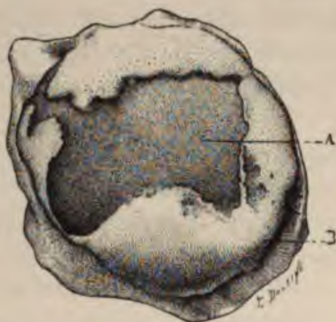


Fig. 30. — Luxation irréduite de l'épaule, datant d'un an. Tête humérale réséquée. — *A*. Large érosion centrale de la tête. — *B*. Cartilage articulaire.

Que nous sommes loin, Messieurs, de ces lésions si bien localisées, si bien réglées, pourrait-on dire, qu'on a relevées et décrites dans les luxations fraîches ou dans les luxations expérimentales! En vérité, le mécanisme qui s'applique à l'*irréductibilité primitive* ne saurait s'appliquer aussi, tel quel, à l'*irréductibilité secondaire*, *tardive*, alors que la luxation s'est en quelque sorte *organisée*.

On a fait jouer un rôle variable et tour à tour prédominant à la *capsule*, aux *muscles*, aux *adhérences et aux brides fibreuses nouvellement créées*, aux *déformations osseuses*. Dans un mémoire d'un très haut intérêt, publié en 1888 et basé sur une série d'expériences cadavériques, M. Ch. Nélaton[1] a bien mis en lumière un double obstacle capsulaire, que l'on peut formuler ainsi : la tête humérale, en se luxant, traverse la paroi antérieure de la capsule, et *les deux lèvres de la boutonnière*, par où elle s'est échappée, s'indurent, se rétractent, et *rétrécissent de plus en plus l'orifice de sortie, qui devient trop étroit pour servir d'orifice de rentrée*; de plus, pendant que la tête se déplace en avant, la *paroi postérieure de la capsule*, intacte, s'*applique comme un voile à la surface de la glène*, et toute l'ancienne bourse capsulaire se fronce, se rétracte

1. Ch. Nélaton. *Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de l'épaule*. (*Archives gén. de médecine*, 1888, T. 162, p. 452.

sur elle-même et s'efface : il n'y a plus de place, à proprement parler, pour la réduction. Dans un cas de luxation sous-coracoïdienne, irréduite, remontant à trois mois, l'incision axillaire permit de contourner la tête humérale et le doigt arriva dans la cavité glénoïde, où il était serré comme entre les deux plans d'un angle trièdre : l'une des parois n'était autre que la cavité glénoïde saine; l'autre, la capsule tendue, rétractée, et qui résistait à tout effort de distension. Il fallut réséquer la tête humérale.

Je dois dire que, dans la luxation ancienne que j'ai opérée, je n'ai rien vu de pareil, et, malgré toute mon attention, je n'ai pu retrouver aucune disposition de ce genre. Cela ne signifie pas, bien entendu, qu'à une période plus récente, les obstacles fibreux capsulaires ne répondaient pas à la description donnée par M. Nélaton, mais le travail de néoformation fibreuse et cicatricielle avait pris le dessus, tout masqué, tout recouvert. A quel moment les lésions se sont-elles ainsi transformées? On ne saurait guère le préciser, et la date varie sans doute avec le type de luxation, avec les désordres primitifs, avec les tentatives de réduction, plus ou moins répétées et nocives, avec l'âge du sujet et peut-être d'autres causes encore. Toujours est-il que ces données anatomo-pathologiques et surtout expérimentales ne semblent pas de nature à fournir une base solide aux indications opératoires. Et je dirai comme mon ami et collègue, Pierre Delbet[1], dans son excellent mémoire : on trouve, dans les luxations anciennes, « au lieu d'une lame représentant l'ancienne capsule, une masse fibreuse épaisse qui va de l'acromion et du deltoïde à la glène et à l'humérus. C'est cette couche épaisse qui immobilise la capsule avec laquelle elle est plus ou moins confondue et l'empêche de s'écarter de la glène. Alors la tête a réellement *perdu droit de domicile.* »

Mais, à cette première série d'obstacles, s'ajoutent la *rétraction musculaire,* dont le rôle, pour être secondaire, n'en est pas moins bien et dûment constaté, et les *déformation osseuses.* Comment remettre en contact une tête humérale et une cavité glénoïde qui ont perdu presque entièrement leur forme physiologique? De glène, très souvent, il n'y en a plus : elle est comblée par un amas fibreux, son bord antérieur est usé, évasé, détruit, et 22 fois sur

1. P. Delbet. Des luxations anciennes et irréductibles de l'épaule, *Arch. gén. de médecine*, 1893, p. 19 et 144.

111 observations, M. Delbet a noté pareille déformation. — La tête humérale est aplatie sur sa face postérieure, souvent creusée d'une sorte de rigole verticale, toujours irrégulière et hypertrophiée.

Il faut donc s'attendre, une fois découvert le foyer de la luxation ancienne, à trouver des difficultés autrement considérables, autrement complexes que ne le faisaient supposer toutes les théories, et, du reste, essentiellement variables, suivant les cas. Lisez les observations : tel chirurgien incrimine surtout les « *adhérences fibreuses* », autrement dit cette épaisse gangue cicatricielle qui enveloppe la tête, remplit la glène et représente d'ordinaire l'un des principaux obstacles à la réduction; tel autre s'est vu arrêté par un *muscle rétracté*, par le coraco-biceps, par le petit pectoral; ailleurs, *la tête* était *trop grosse ou trop difforme*, ou la *glène trop élargie* pour que des rapports normaux puissent être rétablis entre eux; M. Nélaton a constaté l'existence d'une véritable *boutonnière aux lèvres tendues et rigides*. — Ce ne sont là, nous semble-t-il, que *les termes successifs*, que les étapes diverses d'*un même processus*, du même travail d'organisation morbide, dont le foyer de la luxation devient le siège, et qui, d'ailleurs, marche d'un pas très inégal. Il n'en est pas moins vrai que les lésions, en général, s'accroissent avec le temps, sans que, pour cela, la limite de réductibilité puisse être exactement déterminée.

Lors de *luxation compliquée*, la situation est d'emblée beaucoup plus défavorable et s'aggrave plus vite. Je n'entends parler ici que des fractures concomitantes de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui répondent aux différents types que voici : 1° fracture du col chirurgical; 2° fracture du col anatomique, suivie d'un déplacement de la tête sur lequel nous allons revenir; 3° fracture par arrachement de la grosse tubérosité; enfin 4° fracture du massif tubérositaire. Il s'agit alors d'un double trait, figurant un angle, ouvert en dehors, dont le sommet correspond à la partie interne du col chirurgical : des deux traits, l'un suit le col anatomique et détache la tête articulaire; l'autre passe transversalement en dessous de la grosse tubérosité; par leur réunion, ils délimitent une sorte de coin, à base externe, qui comprend toute la masse des deux tubérosités.

Quelles que soient leur direction et leur complexité, les fractures

deviennent un élément d'irréductibilité par le double mécanisme que voici : par le *déplacement permanent des fragments*; par les *déformations secondaires* et le travail d'ostéite chronique dont ils deviennent le siège. La réunion n'a pas lieu, en général; des tractus fibreux, des végétations ostéophytiques traversent le foyer commun de la néarthrose et de la pseudarthrose, et multiplient encore les obstacles.

En ce qui concerne la fracture du col anatomique, MM. Poirier et Mauclaire[1] l'ont bien étudiée; ils ont montré, d'après l'analyse des faits, que la tête détachée vient se placer d'ordinaire dans le creux de l'aisselle, en tournant sa surface cartilagineuse en avant et en dedans; elle glisse le long de la face interne de l'humérus et descend plus ou moins bas : chez un malade opéré par M. Poirier, « à chaque tentative de réduction, la tête venait au-dessous de la cavité glénoïde; en effet, elle n'était plus située à la hauteur suffisante pour venir en regard de la glène, puisqu'elle était appliquée sur la face interne de l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale ». Elle y avait contracté déjà de solides adhérences, que rompit une nouvelle tentative de réduction, et la tête fut extraite. D'ailleurs, à l'exemple de M. Hennequin, MM. Poirier et Mauclaire estiment qu'il ne s'agit pas, en pareil cas, d'une véritable luxation de l'épaule : la tête seule est luxée, le reste de l'épiphyse reste à sa place anatomique; « il n'y a pas de luxation de l'épaule compliquée de fracture du col anatomique, il n'y a que des fractures du col anatomique compliquées de déplacement extra-capsulaire de la tête humérale ». Quoi qu'il en soit, chez notre seconde malade, fracture et luxation sont toutes deux bien démontrées; il n'y a plus rien sous l'acromion, et le deltoïde aminci donne toutes facilités pour s'en assurer; le relief vaguement arrondi, qui paraît être celui de l'épiphyse

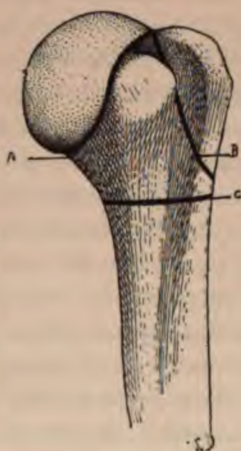


Fig. 51. — Les divers types de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui peuvent compliquer la luxation. — *A*. Fr. du col anatomique. — *B*. Fr. de la grosse tubérosité. — *C*. Fr. du col chirurgical.

1. POIRIER et MAUCLAIRE. *Des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* (*Revue de Chirurgie*, 1892, p. 818.)

humérale décapitée, occupe bien nettement la région sous-coracoïdienne, et la surface arrondie de la tête se perçoit avec la même netteté, dans l'aisselle. Il est vrai que la masse que nous révèle le palper de la paroi antérieure de l'aisselle est très grosse, très irrégulière, et les lésions sont plus complexes peut-être que nous ne saurions, par avance, le préciser.

Toujours est-il, Messieurs, que nous avons affaire à une luxation compliquée, et que, de ce fait, l'intervention ne saurait être la même que dans notre premier cas.

Pour notre luxation intra-coracoïdienne, simple, datant de six semaines, nous nous adresserons tout d'abord a la *réduction non sanglante*. Mais les méthodes de force seraient ici plus dangereuses encore que partout ailleurs, puisque nous sommes en présence d'une femme très âgée, et que les déchirures vasculaires auraient toutes les chances de se produire. Et d'ailleurs, Messieurs, la force proprement dite, les tractions portées au delà d'une certaine intensité moyenne, et toutes ces manœuvres violentes, qui sont restées longtemps en usage, et dont on connaît tous les méfaits, doivent être bannies de plus en plus du traitement des luxations. *La puissance même de la traction sert moins que la direction utile qu'on lui imprime.* Ne savons-nous pas quelle est l'énorme résistance des tissus fibreux; en l'attaquant de front, dans un mauvais sens, comment pourrions-nous la vaincre, sans provoquer des délabrements graves? Non, s'il y a, pour toute articulation, ce que j'appellerai une *attitude de moindre résistance*, dans laquelle, avec un minimum de force, la luxation peut se produire, le même principe s'applique aux manœuvres de réduction. C'est la base des procédés rationnels, en particulier de celui de Kocher et de celui de Mothe, auxquels j'aurai, s'il le faut, successivement recours.

Je ne vous rappelle pas la technique du procédé de Kocher, que vous m'avez vu maintes fois employer. Sa supériorité est sans conteste, lorsqu'il s'agit de luxations *sous-coracoïdiennes récentes*; il échoue quelquefois dans les luxations intra-coracoïdiennes, et cela est dû peut-être à ce qu'on ne suit pas complètement la pratique de M. Kocher. J'ai appris, en effet, à la Clinique de Berne, que, pour appliquer la méthode aux variétés intra-coracoïdiennes, il fallait, dans un premier temps, par la traction en abduction mo-

dérée, abaisser la tête et la ramener sous la coracoïde, le reste des manœuvres se continuant alors, comme dans les cas ordinaires; ou encore, qu'il fallait prolonger les deux premiers temps, et les porter lentement, progressivement, jusqu'à leurs extrêmes limites, d'où résultent encore l'abaissement et la rétraction en dehors de la tête, déplacée trop loin.

Pour les luxations anciennes, la méthode a fourni, entre les mains de M. Kocher et de plusieurs chirurgiens, des succès encourageants; en 1889, sur 28 cas de luxations anciennes ainsi traitées, M. Kocher[1] en avait réduit 25 : 2 fois, il avait fracturé le col de l'humérus; 1 fois, la diaphyse; chez ce dernier malade, le résultat fonctionnel ultérieur n'en avait pas moins été satisfaisant. Cinq de ces luxations dataient de plus de quatre mois.

Notre programme sera donc le suivant : sous le chloroforme, nous mobiliserons d'abord la tête humérale, par la rotation dans les deux sens et des tentatives prudentes d'abduction; puis nous rapprocherons le coude du tronc, en ayant soin de le porter le plus possible en arrière, et, l'avant-bras fléchi, la rotation externe sera pratiquée peu à peu, à petits coups, par petites poussées successives. Tous les temps seront exécutés lentement et « à fond », non seulement pour leur faire rendre, en effet utile, tout ce qu'ils peuvent donner, mais pour éviter les accidents osseux et vasculaires.

Si nous n'obtenons rien, nous aurons recours au *procédé de Mothe*. Il consiste dans la traction exercée sur le membre en hyperabduction, et dans une direction telle, que l'axe du bras soit en continuité avec celui de l'épine de l'omoplate. Là encore, la traction, tout en étant énergique, doit être surtout méthodique et progressive; peu à peu, la tête descend, dessine son relief dans l'aisselle, à fleur de peau, et l'impulsion directe contribue alors beaucoup à compléter la réduction.

Si j'échouais encore, j'utiliserais la *traction élastique continue*, suivant la pratique de mon maître, M. Th. Anger, et je ne saurais trop vous recommander cette méthode simple, inoffensive, et dont j'ai pu maintes fois éprouver l'efficacité. Elle trouve, il est vrai, sa

1. Th. Kocher. *Über die Behandlung der veralteten Luxationen im Schultergelenk Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Bd. XXX, 1890, p. 423.

meilleure application dans les luxations récentes, qu'on cherche à réduire sans anesthésie, chez les sujets puissamment musclés. Je ne pourrais vous en donner de meilleur exemple que celui-ci : un fort de la Halle, grand et solide gaillard, m'arriva l'an dernier, à l'hôpital Necker, avec une luxation de l'épaule gauche, méconnue et remontant à une quinzaine de jours; un essai de réduction par le procédé de Kocher ne donna aucun résultat; j'ajoute qu'il était assez malaisé de manier un membre très volumineux et de triompher de résistances musculaires, bien supérieures à l'effort que je pouvais moi-même déployer. Je fis asseoir le patient : deux gros tubes de caoutchouc, plusieurs fois repliés, furent fixés à un anneau scellé dans le mur, et, sur le bras en abduction moyenne, exercèrent une traction dans l'axe; une alèze en cravate, maintenue du côté opposé, assurait la contre-extension. Je laissai le malade sous la surveillance d'un élève, et je continuai la visite : au bout d'une demi-heure, je revins; mon patient lisait tranquillement son journal et ne souffrait plus; la traction fut brusquement déclenchée; l'épaule était réduite.

Ici, chez notre pauvre vieille de 78 ans, ce ne sont pas les muscles qui, probablement, nous gêneront.

Je vous ai déjà dit que je répugnerais à mettre en œuvre les moyens de force proprement dits. Je reculerais aussi peut-être, si toutes mes tentatives restaient infructueuses, devant une intervention sanglante ; l'âge seul de la malade m'en éloignerait, car cette cure opératoire a fait ses preuves, et je suis de ceux qui pensent que la mobilisation la plus méthodique et la plus prolongée d'une épaule luxée ne donnera jamais les résultats fonctionnels d'un traitement opératoire, entrepris à temps et complet.

Mais quel est ce *traitement opératoire*? Je ne vous parlerai pas, Messieurs, des sections fibreuses sous-cutanées. Je connais les faits de M. Polaillon[1], et la thèse de Bardou-Lacroze[2], mais je ne crois pas que l'anatomie pathologique des luxations anciennes, telle que je vous l'exposais tout à l'heure, soit de nature à justifier cette pratique. Un ténotome, glissé sous la peau, pourra-t-il sectionner cette épaisse gangue fibreuse qui remplit le foyer de la luxation? La résistance est loin d'être unique, d'être localisée; et les débride-

1. *Soc. de Chirurgie*, 1882.
2. Bardou-Labroze. *Th. doct.*, 1882.

ments profonds ne sauraient être suffisants, au moins dans l'immense majorité des cas, sans créer des dangers considérables. Pour ma part, j'aime mieux aller franchement au mal, et l'attaquer à découvert.

Une fois pratiquée la grande incision antérieure, parallèle au pli pectoro-deltoïdien, qui reste la voie d'élection, en pareil cas, une fois les muscles écartés ou, s'il le faut, sectionnés, une fois la néarthrose largement ouverte, que ferons-nous? Deux partis se présentent : *la réduction à ciel ouvert — la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

La *réduction* est fort séduisante, à première vue, et il semble que ce soit la méthode idéale, au sens réparateur. En réalité, combien de fois trouvera-t-on une tête humérale et une cavité glénoïde suffisamment intactes, pour reprendre leur contact normal et leur mobilité réciproque? Combien de fois pourra-t-on refaire une capsule assez solide pour servir au fonctionnement restauré? Et, ce qui sera encore une démonstration meilleure, que disent les faits?

Knapp[1] a réuni 12 cas de « réduction sanglante », et voici quels en ont été les résultats :

2 morts (1 de delirium tremens, 1 de septicémie) ;

3 fois, nécrose de la tête humérale, et résection secondaire;

2 fois, guérison opératoire, mais absence de renseignements sur l'état fonctionnel ultérieur ;

4 fois, amélioration fonctionnelle notable, mais le plus souvent tardive.

La statistique, vous le voyez, est peu brillante.

Voici celle de la *résection* : sur 20 observations rassemblées par Knapp, on relève :

4 morts, 2 par pyohémie (1860-1875), 1 par gangrène, après la ligature de l'artère axillaire, nécessitée par une hémorrhagie opératoire, 1 par hémorrhagie secondaire.

6 fois, peu ou pas de renseignements sur les résultats définitifs;

10 fois, de bons résultats fonctionnels.

M. Pierre Delbet a donné de plus gros chiffres, mais qui parlent à peu près dans le même sens; il fait remarquer d'ailleurs, très justement, que la résection est surtout appliquée aux cas graves,

1. Knapp. *Uber die operative Behandlung irreponibler traumatischen Luxationen im Schultergelenk.* (*Beiträg. zur klin. Chir.* Bd. III, 3, 1888, p. 372.)

aux lésions étendues et complexes. Ici, mieux que partout ailleurs, on peut dire que la décision doit être tirée des éléments de la cause, des conditions locales individuelles : en thèse générale, la résection sera l'opération de choix, moins satisfaisante peut-être d'apparence, mais la plus sûre, la mieux faite pour assurer la restauration fonctionnelle.

Chez notre seconde malade, en présence d'une *luxation compliquée de fracture*, les indications sont, par ce fait même, trop précises, pour que la moindre hésitation soit possible. Sur 8 cas de luxations anciennes, dans lesquelles toutes les tentatives de réduction avaient échoué, 7 fois M. Kocher[1] reconnut, au cours de l'intervention opératoire qui suivit, l'existence d'une fracture — fracture par arrachement de la grosse tubérosité, fracture du col anatomique, fracture du bord antérieur de la glène. On conçoit que, en pareilles conditions, les déformations soient trop considérables et surtout trop « atypiques », pour laisser la moindre chance de succès aux manœuvres d'une réduction méthodique. La même objection s'applique à la « réduction sanglante », et les surfaces articulaires ont trop perdu de leur forme et de leurs caractères anatomiques pour se prêter le moins du monde à un essai de restitution *ad integrum*. C'est la résection, et la *résection suffisante et large*, qui, seule, donne alors de bons résultats fonctionnels. C'est à la résection que d'emblée nous aurons recours, et c'est dans ce but que sera dirigée notre intervention opératoire.

Nous ferons la longue incision antérieure, parallèle au pli pectoro-deltoïdien, qui donne l'accès le plus large et le plus direct dans le foyer de la luxation; elle nous permettra, en particulier, mieux que toute autre, de reconnaître exactement la situation du paquet vasculo-nerveux, les rapports nouveaux et anormaux qu'il a contractés avec la tête luxée et fracturée, et les précautions nécessaires pour éviter tout accident opératoire. Maintes fois, la tête humérale, détachée et luxée dans l'aisselle, a été extraite par une incision axillaire. C'est la voie que Langenbeck avait recommandée depuis longtemps, celle que M. Poirier a, plus récemment, mise en pratique. Peut-être serons-nous obligés d'y revenir secondairement, mais la masse irrégulière que forme la tête humérale

1. Kocher. Loc. cit.

ou ses fragments nous semble ici trop grosse, trop élevée, trop adhérente, les signes de compression nerveuse sont déjà trop accusés, pour que nous n'ayons pas un réel bénéfice à nous faire d'abord beaucoup de jour, à bien voir l'état local des lésions, et à nous conduire ensuite, en toute connaissance de cause, d'après ce que nous aurons vu.

La première luxation, celle qui datait de six semaines, a été réduite, sous le chloroforme, d'après le procédé de Mothe. Une première tentative, par le procédé de Kocher, ne donna aucun résultat, et, d'ailleurs, dans le temps de la rotation externe, la fragilité de l'humérus nous fit craindre qu'il ne se rompît. Je pratiquai alors la traction en hyperabduction, combinée à la propulsion directe, et, au second essai, la tête rentra dans sa cavité. L'immobilisation ne fut maintenue que peu de jours, et le massage, l'électricité, les mouvements communiqués, furent mis en œuvre pour rendre à l'épaule, qui n'était plus douloureuse, un regain de fonctionnement. Quand la malade quitta l'hôpital au bout de quelques semaines, son état était déjà très satisfaisant, dans les limites que permettait son âge.

La seconde malade fut opérée, sous le chloroforme, suivant le programme exposé plus haut : incision antérieure, ligature et section de la veine céphalique, réclinaison en dehors du coraco-biceps; on tomba immédiatement sur le paquet vasculo-nerveux, *appliqué sur le devant de la tête humérale, collé sur elle, adhérent et tendu.* Il est détaché et libéré peu à peu, de dehors en dedans: et, à petits coups, lentement, on finit par isoler l'extrémité supérieure de l'humérus *décapitée*; la surface de fracture est mise à découvert et répond au col anatomique, regarde en avant et en dedans, et se trouve tout entière hors de la cavité glénoïde : c'est *la partie postéro-externe de la grosse tubérosité qui se trouve en contact avec le bord antérieur de la glène et sur une étendue fort étroite.*

Après avoir modelé au ciseau et à la rugine cette extrémité décapitée, je la refoulai jusque dans la glène : la tête, luxée en bas et en avant et entièrement cachée par le plexus vasculo-nerveux dissocié et étalé, n'était plus reliée au reste de l'os que par quelques tractus fibreux et quelques stalactites osseuses qui furent dé-

truites sans peine; mais ses rapports étaient si intimes avec les vaisseaux et les nerfs, qu'au lieu de poursuivre un isolement difficile et périlleux, il me sembla plus simple de faire, derrière le bord antérieur de l'aisselle, une incision complémentaire; la tête fut

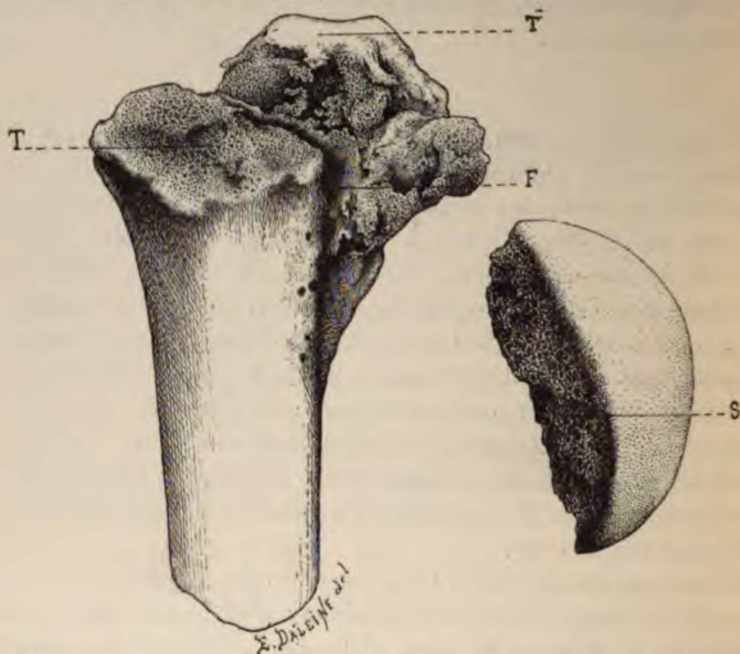


Fig. 32. — Luxation de l'épaule compliquée de fracture. — *S.* Tête humérale détachée et luxée dans l'aisselle. — *T.* Plan de fracture, correspondant au col anatomique. — *F.* Grosse tubérosité, également fracturée.

saisie par là, avec un davier, prudemment mobilisée et finalement extraite. Surjets de catgut sur les plans profonds, réunion totale.

Les suites de l'opération furent d'abord très satisfaisantes; le soir, le lendemain matin, la malade, ne souffrant nullement, était très gaie et paraissait en excellent état; le soir du second jour, elle avait un peu de température et une légère dyspnée; le troisième jour, la dyspnée devenait plus intense et la fièvre s'accusait: l'auscultation dénotait des deux côtés les signes d'une pneumonie commençante. Malgré tous nos efforts, elle succombait, au sixième jour, aux progrès de la pneumonie double. J'avais levé le pansement et la région opérée était absolument intacte et de bel aspect.

C'est une victime de l'installation défectueuse du service de la Clinique chirurgicale; par tous les temps, par le froid et la neige (l'opération fut pratiquée le 26 février), les malades de la salle des femmes doivent traverser, pour être transportées à l'amphithéâtre, un escalier, deux cours et un couloir ouvert à tous les vents. En dépit de tous les efforts de surveillance, les accidents, du genre de celui-ci, sont inévitables. Mes regrets ont été d'autant plus vifs qu'à l'autopsie, avec les lésions de la pneumonie double, généralisée, je trouvai un foyer opératoire très régulier, bien asséché, bien net, où le processus réparateur semblait déjà en excellente voie.

III

LA SCAPULO-TUBERCULOSE ET SON TRAITEMENT

Ses analogies avec la coxalgie ; sa rareté relative. — Anatomie pathologique = lésions osseuses, tête humérale et cavité glénoïde. — Période initiale : douleurs. — Contracture des adducteurs. — Attitude spéciale. — Période avancée : abcès, leur siège. — Diagnostic avec la pseudo-tumeur blanche ostéomyélitique de l'épaule. — Intervention opératoire : méthode conservatrice, applicable chez les enfants. — Résection large, chez l'adulte. — Les résections pathologiques de l'épaule : résultats fonctionnels ; technique.

MESSIEURS,

Vous trouverez exposés partout et les analogies étroites de structure de l'épaule et de la hanche, et le contraste de leurs affinités pathologiques, au moins pour la tuberculose : si la coxalgie est fréquente, vous le savez tous, la scapulalgie, ou, pour parler comme le professeur Lannelongue et prévenir toute confusion, la *Scapulo-tuberculose* est, en somme, très rare. Crocq, en 1853, sur 140 cas de tumeurs blanches, ne relevait que 3 cas de tumeur blanche de l'épaule; « à côté des 120 cas environ de coxo-tuberculose que nous observons chaque année, dans notre service, écrit M. Lannelongue[1], nous trouvons à peine 3 ou 4 cas de scapulo-tuberculose[2]. » La cause de cette rareté, il faut la chercher, sans doute, dans les conditions très différentes du fonctionnement des deux articulations, dans les pressions que supporte la hanche, et dans « cette sorte de traumatisme physiologique continuel », qui s'y produit. Mais je passe, et je retiens seulement ce fait, que la scapulo-tuberculose est *rare*, qu'elle est *grave*, qu'elle exige un *traitement précoce et énergique* : c'en est assez pour donner quelque intérêt aux deux observations que j'ai à vous présenter.

La première est celle d'un homme de quarante ans, auquel nous avons réséqué l'épaule, le 10 mai dernier : j'y reviendrai

1. Prof. LANNELONGUE. *De la Scapulo-tuberculose.* (*Presse médicale*, 6 octobre 1894.)
2. Dans un mémoire très important, M. WILHEM-VICTOR KÖNIG analyse 60 cas de scapulo-tuberculose, observés à la clinique de Göttingen, de 1875 à 1891. C'est une proportion toute semblable. (*Die Tuberculose des Schultergelenkes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 33, 1892, p. 403.)

plus loin; la seconde est celle de notre malade d'aujourd'hui.

C'est un jeune homme de vingt ans, garçon boucher, sans antécédents morbides, assez grand, bien bâti, et, en somme, d'assez belle apparence; vous remarquerez pourtant, de plus près, ses lèvres épaisses, sa peau très blanche et les plaques rosées qui colorent ses joues. — Il fait remonter à deux ans les débuts de son mal: en septembre 1892, il serait tombé, d'une hauteur de 3 mètres, sur l'épaule, sans qu'il en résultât, du reste, aucun accident local grave: mais, depuis lors, son épaule restait douloureuse, et les mouvements un peu gênés, bien qu'il pût continuer régulièrement son travail. En janvier dernier, nouveau traumatisme : un panier qu'il portait sur la tête bascule et vient heurter l'épaule déjà endolorie; à partir de ce moment, les souffrances deviennent très aiguës, le moignon de l'épaule se tuméfie, et toute espèce de fonctionnement est impossible.

Vous avez là un type clinique, fort complet, de scapulalgie confirmée : le bras est pendant, accolé au tronc, amaigri : il se renfle au niveau de l'épaule, qui a pris une *forme globuleuse*, et sur laquelle toutes les dépressions normales sont effacées; en avant, un *relief arrondi se dessine, à la hauteur du pli pectoro-deltoïdien*. De coloration normale, plutôt pâlie, la peau est sillonnée de quelques veines bleuâtres; le moindre palper réveille une sensibilité très vive, à ce point que l'exploration profonde en est un peu entravée, mais la douleur est surtout marquée au-dessous et derrière l'acromion, d'une part, et, de l'autre, sur toute la hauteur du pli pectoro-deltoïdien, et à la surface de ce relief, que je signalais tout à l'heure au-devant de l'articulation. Plus gros qu'un œuf de poule, il est nettement fluctuant, et figure évidemment une *collection purulente pré-articulaire*; sur le reste du moignon de l'épaule, on ne trouve, dans la profondeur, au-dessous du deltoïde, du reste fort aminci, qu'une sensation mollasse, vaguement rénitente, pâteuse. Tout essai d'abduction du bras est inutile; on ne peut, en aucune façon, le décoller du tronc : la douleur extrêmemement aiguë d'abord, la contracture des muscles adducteurs ensuite, empêchent d'esquisser même le mouvement. D'ailleurs, flexion, extension, rotation sont tout aussi difficiles, et c'est à grand'peine qu'on en obtient une ébauche.

Le diagnostic ne saurait donc être hésitant : nous avons affaire à une *scapulalgie suppurée*, à une période avancée,

et les lésions ostéo-articulaires sont certainement profondes.

Il est, du reste, bien établi, malgré le nombre, encore restreint, d'examens anatomo-pathologiques précis, que la scapulo-tuberculose suit une évolution toute semblable à celle de la coxo-tuberculose, qu'elle débute par les os, et que les foyers osseux, qu'ils occupent l'extrémité supérieure de l'humérus ou la cavité glénoïde, y tiennent une large place[1].

Vous avez pu vous en rendre compte sur notre premier malade : la tête humérale, affaissée et rapetissée, ne figurait plus qu'une masse irrégulière, crevassée, rugueuse, où quelques rares facettes signalaient seules l'existence du cartilage d'encroûtement : le col anatomique, la petite tubérosité, la grosse tubérosité, sur ses faces antérieure et postérieure, la partie interne du col chirurgical présentaient le même aspect : sillonné de cavernules remplies de fongosités et de séquestres, le tissu osseux, ramolli, s'effritait sous la moindre pression, et la résection, comme le fait est fréquent, en pareil cas, ne put être pratiquée que *par morcellement*. La cavité glénoïde était elle-même dépouillée de son cartilage, rugueuse et nécrosée sur toute sa surface, et le processus d'ostéite s'était étendu à toute l'épaisseur du col de l'omoplate. Dulac[2] a reproduit, dans sa thèse, des lésions fort analogues de la tête humérale ; chez sa malade, une jeune fille de dix-sept ans, réséquée de l'épaule gauche, par M. Gérard Marchant, la destruction osseuse était plus avancée sur la face postérieure de la tête humérale ; en général, si l'on tient compte du siège d'élection des abcès et de la déformation initiale, il semble que ce soit en avant que se développe d'abord le processus d'ostéite tuberculeuse.

Je n'insiste pas sur une similitude d'évolution anatomique trop évidente, entre la tumeur blanche de l'épaule et la coxalgie. On retrouve, en *clinique*, les mêmes analogies.

A la première période, la Scapulo-tuberculose s'accuse, elle aussi, par la *douleur* et par la *contracture des adducteurs* du bras, grand pectoral, grand dorsal, grand rond, etc., et cette application forcée du bras au tronc persiste plus tard, par le fait de la rétraction et des déformations articulaires. Chez notre jeune garçon,

1. Voy. Mondan et Audry. *Les tuberculoses de l'épaule.* (*Revue de chirurgie*, 1892, p. 224 et 1001.)

2. Dulac. *De la Scapulalgie* (*scapulo-tuberculose*) ; *son traitement par la résection*. Thèse doct., 1890.

dès qu'on cherche à écarter le bras, non seulement on provoque une vive douleur, mais on fait basculer l'omoplate, et le moindre mouvement ne s'obtient que par la mise en jeu de l'articulation sterno-claviculaire : *le bras est fixé à l'omoplate, comme la cuisse au bassin, dans la coxalgie*, et, quand il semble se déplacer, c'est en réalité l'omoplate qui se déplace sur le thorax, comme ailleurs c'est la colonne lombaire qui se fléchit ou se tord. Il y a pourtant une différence considérable : l'uniformité de l'attitude; à l'épaule, on n'observe pas les attitudes pathologiques successives, qui caractérisent les diverses étapes de la coxalgie; *le bras reste pendant et rapproché du tronc*, pendant toute la durée de la maladie, même aux périodes les plus avancées, la luxation secondaire étant absolument exceptionnelle. Avec la contracture des adducteurs, on observe, d'aussi bonne heure, l'atrophie du deltoïde, bientôt suivie de celle du triceps, des muscles antérieurs du bras, de toute la musculature du membre, à un stade plus tardif; le moignon de l'épaule s'amaigrit et s'affaisse en dehors, alors que, sur sa face antérieure, il commence à se soulever et à s'arrondir, que la dépression sous-coracoïdienne se comble, que le creux de l'aisselle devient lui-même moins profond.

De là cet aspect si bien caractérisé que présente, à la seconde période, à la période confirmée, la scapulo-tuberculose, celui qu'elle revêt chez le malade que vous avez sous les yeux. Chez lui, une collection purulente bombe, *en avant*, à la hauteur du *pli pectoro-deltoïdien* et se prolonge sous le grand pectoral. — Tel est le siège d'élection des abcès « circonvoisins »; l'*aisselle* en est aussi une localisation fréquente, et vous verrez quelquefois l'artère axillaire, repoussée par l'expansion progressive de la poche, se dessiner et battre à fleur de peau. Il est moins commun que le pus se fasse jour *en arrière, dans la fosse sus ou sous-épineuse*, et cette localisation des abcès révèle toujours des lésions graves de la cavité glénoïde et de son pourtour. Ainsi en était-il chez notre premier opéré : une volumineuse collection occupait la fosse sous-épineuse, et nécessita, pour que l'évacuation et la destruction de la poche fussent menées à bien, une incision spéciale.

En voilà assez pour vous indiquer les grandes lignes de l'exploration; si vous la faites bien, si vous examinez minutieusement le creux sous-claviculaire, le sillon pectoro-deltoïdien, l'aisselle, les

fosses rétro-scapulaires, l'espace sous-acromial, vous reconnaîtrez sans peine la tumeur blanche scapulo-humérale. A un stade avancé, le type morphologique, si je puis ainsi dire, est lui-même d'une extrême netteté, et, chez nos deux malades, il était frappant.

Les doutes sont plus explicables, si l'on assiste aux premières révélations de la maladie : de fait, chez notre garçon boucher, après le double traumatisme de son épaule gauche, n'était-il pas naturel d'attribuer la douleur persistante et la gêne des mouvements à un reliquat d'arthrite traumatique? La ténacité prolongée des accidents, l'adduction forcée du bras, la douleur à la pression, sur tout le pourtour de la tête humérale, sont alors d'excellents signes, que l'état général et les antécédents du sujet corroborent souvent.

Plus tard, il est une autre affection de l'épaule qui peut simuler de très près la tuberculose, j'ai nommé l'*ostéomyélite chronique d'emblée de l'extrémité supérieure de l'humérus, la pseudo-tumeur blanche ostéomyélitique*. J'en ai vu, il y a plusieurs années, un exemple fort intéressant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Tillaux, et qui fut d'autant plus discuté, qu'il s'agissait d'un malade de concours, et que jury et candidat avaient émis une interprétation différente. Vous savez, d'ailleurs, et nous en avons parlé déjà, que, pour d'autres jointures, pour le genou, pour la hanche, pareil diagnostic est souvent épineux.

Nous avons pensé à la pseudo-tumeur blanche ostéomyélitique chez notre jeune malade, et son aspect florissant, l'absence dans sa famille et dans son histoire de tout indice de tuberculose nous y engageaient ; mais la marche était trop lente, trop froide, l'empâtement articulaire était trop généralisé, l'amaigrissement trop considérable, pour que nous nous arrêtions à cette première hypothèse.

Ce que réserve l'avenir, dans la scapulo-tuberculose, vous le prévoyez : c'est l'envahissement fatal de toute la région, les abcès, les fistules, et, comme dernier terme, la tuberculose pulmonaire et la mort. A la période suppurée, toutes ces éventualités désastreuses ne sont plus qu'une affaire de temps, et, maintenant que vous avez vu l'état des lésions osseuses, vous croirez difficilement qu'un travail de régression spontanée soit encore possible. Au début, le pronostic n'est plus le même, et la situation se présente sous une autre face : par l'immobilisation prolongée, par la compression, et, il faut ajouter, avec l'appoint d'un bon état général,

le processus peut s'arrêter, et, au prix d'une ankylose, la guérison survenir, et peut-être ce résultat est-il ici plus facile, grâce au fait que le membre, par son propre poids, réalise lui-même l'extension continue, et que « l'ulcération compressive des surfaces articulaires est ainsi évitée ».

Chez notre malade, tout espoir de ce genre doit être banni. Il faut agir, et deux partis, *deux méthodes générales d'intervention active*, se présentent à nous.

Ouvrir les abcès, en exciser les parois, extraire les séquestres, évider les foyers osseux sous-jacents, faire et poursuivre méthodiquement, sur tout le pourtour de l'articulation, des injections de chlorure de zinc, se borner en somme, à une série d'interventions économiques, répétées : telle est la première ligne de conduite, applicable chez les enfants; chez eux, les tumeurs blanches se prêtent à ce traitement économique, à ces résections incomplètes répétées, à ces procédés de « conservation armée ». Et, d'autre part, la résection ne va pas sans nuire, d'une façon grave et irrémédiable, au développement ultérieur du membre.

Mais nous ne sommes plus en présence d'un enfant, et, sans hésiter, j'aurai recours à l'autre méthode, à la méthode radicale, à la *résection aussi large qu'il sera nécessaire*.

L'histoire de notre premier opéré est de nature à nous encourager.

C'était un homme de trente-cinq ans, qui, depuis deux ans, souffrait de l'épaule droite. Amaigri, pâle, il était réduit à une impotence complète du membre supérieur, et il se présentait à nous avec tous les signes d'une scapulalgie suppurée et des lésions déjà fort avancées. Un double trajet fistuleux, antérieur, conduisait sur la tête humérale, ou plutôt sur un os irrégulier, friable, infiltré de fongosités; en arrière, un abcès volumineux occupait la partie externe des fosses sus et sous-épineuses. Aplatissement du moignon de l'épaule, et destruction presque entière du deltoïde, immobilisation du bras, collé au tronc, douleurs vives à la moindre esquisse de mouvement : aucun trait ne manquait au tableau, et une résection, même large, ne laissait pas que d'être d'un avenir douteux.

Je la pratiquai devant vous, le 10 mai, en ouvrant le foyer articulaire par une longue incision antérieure. La tête humérale,

ramollie, érodée, ne conservait presque plus rien de sa forme normale : elle fut extraite par fragments. La cavité glénoïde était dépouillée de son cartilage et nécrosée, je la réséquai à la gouge. Les parois de cette grande cavité opératoire furent soigneusement curettées : une autre incision, menée en arrière de l'épaule, ouvrit l'abcès postérieur, qui se prolongeait, en haut, au-dessous de l'acromion, jusqu'à la partie supérieure de la glène. Surjet profond de catgut, drainage à la gaze iodoformée en avant et en arrière, réunion partielle de la peau.

La guérison s'est faite lentement, mais sans aucun incident, et peu à peu, les deux trajets, antérieur et postérieur, se sont comblés et fermés définitivement.



Fig. 33. — Résection de l'épaule droite pour scapulalgie.

J'ai revu notre opéré tout récemment, et la guérison est aujourd'hui complète; les deux incisions sont parfaitement cicatrisées, il n'y a plus aucune trace de douleur. La flexion et l'extension s'exercent dans une limite encore restreinte: l'abduction volontaire dépasse 45 degrés, mais on porte, sans peine, le bras à l'angle droit, et ce n'est qu'à ce moment que l'omoplate commence à basculer; il n'y a donc pas d'ankylose, et la néarthrose paraît assez souple et assez mobile, pour qu'un exercice méthodique lui rende une aptitude fonctionnelle suffisante (Fig. 33).

D'ailleurs les *résections pathologiques de l'épaule*, même très larges, donnent, en général, de bons résultats fonctionnels, et la néarthrose flottante, le bras de polichinelle, qui pend, impuissant

et inutile, le long du tronc, est moins à craindre qu'on ne pourrait le supposer. Je ne saurais vous en donner de meilleur exemple que le suivant : un jeune Suisse de vingt-cinq ans entrait ici, salle Michon, le 1er septembre 1891, pour un énorme sarcome de la tête humérale. La théorie eût voulu que j'eusse recours à la désarticulation de l'épaule; je répugnai à un pareil sacrifice, que mon malade d'ailleurs n'eût pas accepté, et je fis une résection. Je dus abattre toute l'extrémité supérieure de l'humérus, sur une hauteur de 7 centimètres, exciser la plus grande partie de la cavité glénoïde, et les couches profondes des muscles sous-épineux et sous-scapulaire envahis par le néoplasme : le foyer opératoire était considérable. La réunion n'en eut pas moins lieu par première intention. Je suivis le malade six mois; il se servait de son bras, il avait repris la plupart des mouvements, qui restaient seulement un peu affaiblis.

Nous ne craindrons donc pas de *faire très large*, chez notre malade, et c'est là, du reste, la condition nécessaire du succès, dans ces résections pour tuberculose. Que la récidive soit toujours une menace, nous ne le savons que trop, et c'est le sort commun de toutes les interventions dans la tuberculose articulaire; mais tout ce que nous pouvons faire pour prévenir la récidive, c'est, dans la mesure du possible, d'enlever tout le mal : le reste relève de l'état général.

Ces résections pathologiques ne ressemblent guère, d'ailleurs, aux opérations régulières, qu'on répète sur le cadavre, et où les temps se succèdent dans un ordre tout anatomique. Ici, quand nous aurons ouvert l'épaule, par une grande incision antérieure, que trouverons-nous? Du pus, une cavité anfractueuse d'abcès, une cavité articulaire remplie de fongosités et de détritus caséeux, des os ramollis et friables. De capsule, il n'y en a plus; de tête humérale et de glène, il n'y en a plus, à proprement parler, tant les déformations sont, en général, profondes. — Comment faire, en pareil milieu, une résection typique? Comment luxer cette extrémité humérale supérieure, qui ne ressemble que de loin à un humérus normal, et qui se brisera au moindre effort? Il y aurait même danger, le plus souvent, à tenter cette luxation : le périoste, épaissi et décollé, se détacherait sur une longueur excessive, laissant à découvert un os déjà graisseux et de vitalité amoindrie. M. Verneuil

a insisté depuis longtemps sur la nécessité de faire, en pareil cas, la résection *in situ* dans le foyer opératoire lui-même, et notre collègue et ami, M. Ricard, a consacré un intéressant mémoire, en 1888, à cette question de technique[1].

La tête, ou ce qui la retient, une fois extraite, il faudra inspecter soigneusement la cavité glénoïde et son pourtour, la ruginer ou l'évider à la gouge, et poursuivre peut-être dans l'épaisseur des muscles voisins, la membrane tuberculeuse. De cette excision complète dépend tout le succès ultérieur de l'opération.

L'intervention a eu lieu le jour même. Une incision de 13 centimètres fut pratiquée, sur le devant de l'articulation, au niveau du sillon pectoro-deltoïdien, prolongée en dehors, à sa partie supérieure, par un trait horizontal de 5 centimètres environ ; la veine céphalique, liée et réséquée.

Au-dessous d'un mince plan musculaire, dépendant du grand pectoral, j'ouvris une abondante collection purulente, et, au fond de la poche, je tombai sur un point osseux dénudé, correspondant à la partie externe du col chirurgical; j'incisai ce qui restait de capsule, en suivant le tendon de la longue portion du biceps, très épaissi, infiltré de fongosités, et qui se déchira sous une traction très légère. La cavité de l'articulation était elle-même remplie d'un liquide purulent et sanieux, et communiquait largement avec la collection antérieure, qui venait d'être vidée; j'isolai la tête facilement, et je la fis sortir peu à peu, lentement, en déchirant à mesure les attaches capsulaires et le périoste, pour permettre à la scie de Larrey de sectionner le col assez bas. J'évidai la cavité glénoïde à la rugine courbe : le centre en était surtout malade, dépouillé de cartilage, érodé. Je curettai les parois du foyer articulaire, qui se prolongeait en diverticule dans l'aisselle, et je réséquai aux ciseaux tous les débris de capsule, tous les lambeaux de membrane. Une mèche iodoformée fut laissée au fond de la plaie, et un surjet profond de catgut réunit les plans fibro-musculaires. Sutures cutanées.

La guérison s'est faite sans incident notable; mais il est resté à la partie supérieure de la cicatrice un petit trajet fistuleux, qui a nécessité un curettage secondaire.

1. Ricard. *De la section des os* in situ. (*Gazette des hôpitaux*, 7 août 1888.)

V

L'IMPOTENCE ARTICULAIRE DU COUDE
ANKYLOSE OSSEUSE — ANKYLOSE FIBREUSE SERRÉE
RAIDEURS ARTICULAIRES

Définition et exemples. — L'ankylose osseuse : les diverses attitudes du coude ankylosé et les indications qui en naissent. — L'arthroclasie. — La résection orthopédique. — Éléments de succès fonctionnel des résections orthopédiques : excision d'un large segment osseux; conservation et restauration des muscles. — Le procédé à double incision latéro-olécranienne; exemples. — L'ankylose fibreuse serrée : difficultés du diagnostic; le signe de Malgaigne. — Technique du brisement forcé. — La thérapeutique d'assouplissement articulaire. — Les raideurs : appareils de mobilisation du coude.

Messieurs,

Je vous présente trois malades atteints, à des degrés divers, de ce que j'appellerai l'*impotence articulaire du coude* : chez tous les trois, le coude a perdu, en tout ou en partie, son fonctionnement normal, il est immobilisé dans une attitude plus ou moins défavorable, ou, s'il jouit encore de quelques mouvements de flexion et d'extension, le champ de son excursion est restreint à des bornes étroites. Chez tous les trois, par suite, une intervention réparatrice, orthopédique, s'impose.

Notre premier malade est un homme de trente-trois ans, assez petit, mais vigoureux et bien musclé. L'affection du coude droit remonte, chez lui, à l'année 1878 : à la suite d'une chute, nous dit-il, l'article se tuméfia, devint le siège de douleurs intenses, et peu après, un abcès s'ouvrait à la région épicondylienne; deux mois durant, les accidents aigus se prolongèrent et, quand cette première période fut passée, l'avant-bras, qui avait été immobilisé tout ce temps, resta à demi ankylosé. En 1893, nouvelle poussée, succédant aussi à une chute. Aujourd'hui, le coude est fléchi à angle droit, fixé dans cette attitude, nullement douloureux; il semble bien qu'en partie, au moins, la *soudure articulaire* soit *osseuse*. Et tout de suite j'attire votre attention sur ce fait, que ce

coude à angle droit est un coude à peu près inutile : la main ne se porte aisément ni à la bouche, ni sur la tête, elle est incapable de rendre la plupart des services journaliers, et le malade a dû renoncer à son travail habituel.

Les lésions sont moins avancées, chez cette jeune femme de vingt et un ans, pâle, un peu frêle, anémique, et dont l'histoire et les antécédents de famille ne sont pas sans laisser craindre la tuberculose. Il y a quelques mois, sans cause apparente, le coude droit est devenu douloureux, gonflé et rouge : et la petite enquête que nous avons pu faire nous donna tout lieu de croire qu'il s'agissait là d'une arthrite génitale. Toujours est-il que l'articulation, immobilisée d'abord dans un appareil plâtré, puis soumise à la compression ouatée, s'est considérablement enraidie. Aujourd'hui, le coude est fléchi à angle obtus : quelques mouvements, vite arrêtés, et dont l'amplitude ne dépasse guère 10° à 15° dans l'un et l'autre sens, s'exécutent encore, suffisants, du moins, à montrer que l'*ankylose est incomplète, fibreuse*.

Chez notre troisième malade, nous avons affaire à des *raideurs articulaires*, ou plutôt à *une néarthrose enraidie*. Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, que j'opérai à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1893, pour une luxation ancienne, méconnue et irréduite, du coude gauche. Je fis la résection semi-articulaire, humérale, et, bien que les suites de l'intervention aient été fort bénignes, et que le jeu de la nouvelle articulation soit très satisfaisant, le coude ne rend pas encore tous les services qu'il pourra donner, après une période d'assouplissement méthodique. La situation est, en somme, ici, très analogue à ce que nous voyons souvent à la suite des arthrites traumatiques légères, des luxations, etc., et notre conduite doit être la même.

Voilà donc, Messieurs, trois formes cliniques, et aussi trois types anatomo-pathologiques, que vous retrouverez bien souvent, et qui méritent d'être étudiés avec soin, si nous voulons faire une intervention raisonnée et efficace : 1. *ankylose complète, osseuse ;* 2. *ankylose fibreuse serrée ;* 3. *raideurs articulaires*, et vous comprenez qu'entre les deux derniers termes les intermédiaires soient nombreux.

I. — L'*ankylose vraie*, la soudure articulaire proprement dite,

se présente, d'ailleurs, sous différents aspects, qui, en créant des entraves fonctionnelles, plus ou moins profondes, imposent aussi à la thérapeutique des nécessités variables. Les rapports réciproques de l'avant-bras et du bras, l'*attitude d'ankylose*, si vous le voulez, est capitale, à ce point de vue; or, voici les quatre attitudes principales :



Fig. 34. — Ankylose rectiligne. Fig. 35. — Ankylose à angle obtus. Fig. 36. — Ankylose à angle droit. Fig. 37. — Ankylose à angle légèrement aigu.

On répète, en général, comme une formule traditionnelle, que l'ankylose à angle droit est une bonne ankylose, et que, s'il y a nécessité d'immobiliser le coude, en danger d'enraidissement définitif, c'est à angle droit qu'il faut le placer et le maintenir. La moindre observation suffit à montrer qu'un coude à 45° est loin d'être aussi utile qu'un coude légèrement fléchi à angle aigu. Regardez notre premier malade : son avant-bras droit forme avec son bras un angle droit parfaitement géométrique; eh bien! demandez-lui de porter la main à sa bouche, et vous constatez tout de suite que les doigts s'en vont, naturellement, à la rencontre de la joue gauche, ou même de l'oreille gauche : il faut que la tête se tourne et s'incline pour que le but soit atteint, et le côté droit de la face et du cou est moins accessible encore. Pliez le coude à angle aigu à 40° ou 35°, par exemple, et faites l'expérience sur vous-mêmes : vous vous rendrez aisément compte qu'il n'est besoin que de mouvements complémentaires beaucoup moins nombreux et moins complexes, pour porter la main, et de façon utile, aux différents points de la partie supérieure du corps et de

la tête. C'est, du reste, à la faveur de ces attitudes compensatrices, que l'ankylosé du coude supplée à la mobilité qui lui manque: l'exercice et l'habitude le rendent parfois si habile, qu'à des yeux non prévenus, il dissimule presque son infirmité.

Nous dirons, en manière de conclusion : *ankylose à angle légèrement aigu, s'abstenir* : c'est la meilleure, la plus favorable au fonctionnement, celle qui seule doit être recherchée. Devant une *ankylose à angle droit, d ns certains cas donnés, il sera mieux d'agir*, ne serait-ce que pour fléchir davantage l'avant-bras. L'*intervention s'impose* dans l'*ankylose obtuse* et dans l'*ankylose rectiligne*.

Rappelez-vous cette femme de trente-huit ans, que nous avons opérée, il y a quelques semaines, pour une ankylose rectiligne du coude droit, consécutive à une luxation non réduite : le membre avait été immobilisé dans cette attitude étrange, et, au bout de cet axe long et rigide, la main pendait, inutile. J'ai vu deux fois pareille ankylose, à la suite de luxations en arrière, méconnues et mal traitées du coude, et, chez les deux malades, j'ai pratiqué la résection. Chez tous les deux, l'impotence était complète, et le membre n'était plus qu'une gêne. N'est-ce pas là, du reste, le fait à peu près constant, bien que notre collègue et ami, M. Boiffin[1], ait montré, par quelques exemples intéressants, que, dans certains métiers, un bras en ankylose rectiligne était, en réalité, plus utile qu'un bras plié à angle droit?

Il est bien certain que le degré et l'intensité des désordres fonctionnels constituent le meilleur criterium, la meilleure indication d'une tentative réparatrice : *rendre au coude sa mobilité aussi complète que possible* : tel est l'idéal, quelquefois atteint; *remettre l'articulation dans l'attitude la plus utile* : tel est l'objectif pratique, le plus souvent réalisable.

Pour cela, que faire? Deux méthodes se présentent à nous : *l'arthroclasie; la résection orthopédique.*

Le *brisement forcé*, appliqué aux ankyloses osseuses, ne serait de bonne pratique qu'à deux conditions : 1° s'il justifiait ce nom d'arthroclasie, si la rupture, produite par la force, portait tou-

1. A. Boiffin. *De l'ankylose rectiligne du coude et de ses indications.* (*Archives provinciales de chirurgie.* T. II, n° 5, 1893.)

jours sur la ligne de soudure articulaire, sur l'ancien interligne : 2° si les deux fragments ainsi créés ne suivaient pas la loi de toute fracture et n'avaient pas de tendance à se réunir par un cal.

Ce double desideratum est loin d'être rempli : je sais bien qu'au membre inférieur, des appareils perfectionnés, que vous connaissez tous, permettent de limiter assez exactement l'action brisante : nous n'en avons pas pour le membre supérieur, où leur application n'irait pas, du reste, sans entraîner de graves dommages. Autre chose : dans ces soudures articulaires, la couche osseuse d'interposition est souvent plus compacte et plus résistante que les épiphyses voisines, et j'ai pu m'en convaincre sur une ankylose du genou, dont je vous parlais un autre jour[1], et où je trouvai deux grosses colonnes osseuses, dures et pleines, reliant les condyles fémoro-tibiaux, friables et graisseux. Aussi ce qui cède le plus souvent, ce n'est pas le plan de soudure, c'est l'os voisin : on ne produit pas une disjonction articulaire, mais une fracture, plus ou moins distante, fracture par écrasement, par tassement, irrégulière, esquilleuse, et qui n'est rien moins que propice à fournir plus tard une double surface de glissement. Au coude, c'est l'olécrâne qui cède, se rompt le plus souvent, dès que la flexion forcée devient un peu énergique : et l'accident est quelquefois heureux, comme l'a montré M. Ollier, si bien que, pour quelques-uns, il est devenu une méthode. Mais l'épiphyse humérale se détache et se fendille aussi, et l'on conçoit qu'un pareil foyer soit des mieux disposés pour une soudure itérative.

Ouvrir l'article, faire la section articulaire au ciseau, régulièrement, serait mieux, sans doute, mais la fusion secondaire n'en serait pas moins à peu près inévitable. M. Defontaine (du Creusot)[2] a obtenu, par la section trochléiforme, un remarquable succès, qui est cité partout ; malgré cela, quelle que soit la forme que vous donniez au plan de section osseuse, vous n'arriverez jamais à y refaire du cartilage, et dès lors, *le seul procédé qui vous reste pour prévenir la réunion des deux surfaces osseuses avivées, c'est de les disjoindre, de les tenir hors de contact, de les forcer à se cicatriser isolément*. Tel est le but de la résection.

La *résection*, et la résection *très large*, est l'opération de choix

1. Voy. plus loin : *L'ankylose du genou et son traitement opératoire*.
2. *Revue de chirurgie*, 1877.

dans les ankyloses osseuses. Je dis la résection très large, et, de fait, c'est la condition *sine qua non* d'une néarthrose mobile, c'est l'un des deux éléments essentiels d'un heureux résultat fonctionnel; quel est l'autre élément nécessaire, nous le verrons tout à l'heure. Et cette nécessité d'exciser un long segment du squelette articulaire s'impose surtout chez les sujets jeunes, de *périoste actif*, et encore lorsqu'on opère dans un foyer d'ostéite ancienne, d'ostéomyélite, sur *des os en travail de végétation morbide*. Ceci s'applique à notre malade, dont l'ankylose relève d'un ancien processus d'ostéomyélite.

Dans un travail récent, un élève de l'École de Lyon, M. Nové-Josserand[1], montrant les dangers des résections trop économiques, estime, d'après la pratique de MM. Ollier et Poncet, à 4 centimètres environ la longueur d'os à enlever, lors d'ankylose rectiligne du coude; dans l'ankylose fléchie, le segment réséqué doit mesurer 3 centimètres au moins en avant, 4 à 5 centimètres en arrière; de plus, il sera souvent utile de pratiquer la *résection sous-périostée interrompue*, c'est-à-dire d'enlever, sur les deux bouts osseux qui restent en présence, une bande de périoste de 1 à 2 centimètres, pour prévenir et entraver le travail de régénération. Et l'auteur donne des exemples d'ankyloses itératives, dont une deuxième et même une troisième résection, en élargissant le foyer de la néarthrose et en augmentant le champ de la mobilité, finirent par triompher.

Il est bien certain qu'on ne saurait fixer en chiffres, et d'avance, la longueur du segment à réséquer ; on ne se décide que sur place, sur le vu des obstacles osseux, sur l'étendue et les caractères de la soudure articulaire. Le principe n'en reste pas moins général : *faire large*, supprimer, et au delà, tout ce qui empêche la flexion et l'extension d'être aussi complètes que possible.

Pourquoi sommes-nous parfois trop parcimonieux? Parce que nous craignons, en excisant trop d'os, de n'avoir plus tard qu'un bras ballant, une néarthrose flottante, deux os longuement distants et qui ne figurent plus qu'une sorte de pseudarthrose lâche. Or, Messieurs, quelle est la cause, la cause réelle du bras ballant? L'*impotence musculaire*. Avec des muscles bien conservés ou bien

1. Nové-Josserand. *Des différentes variétés de l'ankylose du coude; du choix de l'opération qui leur est applicable et du danger de la récidive après les résections trop économiques*. (*Revue de chirurgie*, février 1894.)

restaurés, avec un biceps et surtout un triceps épais, vivants et bien insérés, vous ne verrez jamais les néo-surfaces s'abandonner et ballotter vaguement l'une sur l'autre.

Tel est le second élément des résections heureuses, de celles qui laissent un membre solide et actif : *de bons muscles*. Trop souvent, il ne dépend pas de nous de réaliser cette condition de succès : l'atrophie est trop ancienne et trop profonde pour céder à nos efforts; et l'on s'explique ainsi le résultat précaire de certaines résections pour tumeur blanche, où la guérison locale semble obtenue, alors que le bras reste impotent.

Toujours est-il que la conservation des muscles, et surtout du triceps, de leurs attaches, de leur continuité anatomique, doit être notre principale préoccupation, et le plus sûr garant d'une bonne néarthrose. C'est pour cela que nous aurons recours, ici encore, à un procédé dont l'histoire est ancienne et qui, seul, laisse intacts le tendon tricipital et son insertion olécranienne. Je veux parler du procédé à *double incision latéro-olécranienne*[1].

Il n'est pas douteux que, par l'incision en baïonnette, par l'incision médiane postérieure et leurs dérivés, on ne puisse, en décollant soigneusement le tendon du triceps, le laisser en continuité avec le périoste épais de la face postérieure du cubitus, et lui assurer ainsi une sorte d'insertion fibreuse qui lui permettra de transmettre son action extensive. Tout cela ne vaudra jamais, on en conviendra, un tendon intact, bien implanté sur un olécrâne, intact aussi, et un triceps qui reste, en quelque sorte, pourvu de tous ses moyens.

On obtient ce résultat en ouvrant le coude par deux incisions postéro-latérales, longitudinales; l'interne permet d'écarter le nerf cubital et de dénuder l'épitrochlée, la trochlée, le bord interne de la cavité sigmoïde; l'externe découvre l'épicondyle, le condyle, la tête du radius. Ainsi libérée en dedans et en dehors, l'extrémité inférieure de l'humérus se luxe, sans trop de peine, par la plaie

1. Ce procédé a été indiqué par Jeffray, employé par Hueter, décrit et figuré par M. Ollier, dans son *Traité des résections* (t. III, p. 207), et par son élève Marangos (*Thèse de Lyon*, 1885); décrit aussi par M. Farabeuf dans son *Manuel de médecine opératoire* (p. 724). Mais tous ces auteurs conseillent de détacher le triceps. Héron Watson (*A new operation for ankylosis of the elbow-joint. Edinburgh*, 1875) s'est servi d'une seule incision latérale externe, dans le but de ménager l'attache tricipitale et celle du brachial antérieur.

externe; s'il le faut, on morcelle l'épiphyse sur place, au ciseau et au maillet. Pour peu que les lésions ne le rendent pas impossible, on conserve le crochet cubital, après l'avoir aminci et modelé, ou bien l'on résèque tout entier le massif sigmoïdien, en ne gardant que l'apophyse olécranienne et l'attache osseuse du triceps.

J'ai utilisé quatre fois cette méthode de résection du coude.

Deux fois il s'agissait d'ankyloses consécutives à des luxations anciennes, irréduites; le succès fonctionnel a été très remarquable chez l'un de ces opérés, que vous avez vu il y a quelques semaines; chez l'autre, une femme, il a été un peu entravé par la pusillanimité de l'opérée, qui refusa de se prêter à toute tentative de mobilisation.

Deux fois nous avons eu affaire à des tumeurs blanches : l'un de nos opérés, un vigoureux cultivateur de vingt-cinq ans, réséqué le 31 mai, quittait le service le 7 juillet, pliant son avant-bras à angle aigu et l'étendant presque complètement; nous l'avons revu depuis, les mouvements du coude sont redevenus à peu près normaux: l'autre, un homme de 38 ans, réséqué le 27 juillet dernier, a recouvré en très peu de temps des mouvements très étendus.



Fig. 38. — Résection du coude par le procédé de la double incision latéro-olécranienne, avec conservation de l'attache tricipitale. (Deux mois après l'opération.)

La tumeur blanche, qui datait de deux ans, avait créé des lésions très graves : l'articulation était remplie de fongosités, les ligaments en étaient infiltrés, les extrémités osseuses ramollies et friables. Au moyen d'une double incision postéro-latérale, *qui respectait le triceps et son tendon*, je pénétrai dans le foyer articulaire, je luxai en dehors l'extrémité inférieure de l'humérus, et j'en réséquai un segment de 6 centimètres environ; j'excisai ensuite la tête

du radius, l'apophyse coronoïde, je curettai soigneusement la cavité sigmoïde et la face antérieure de l'olécrâne, et l'apophyse, au-dessous de cette mince croûte fongueuse, paraissant entièrement saine, *je la laissai tout entière*, sans toucher le moins du monde à l'attache du triceps. Le nettoyage articulaire fut achevé, toute la cavité cautérisée au chlorure de zinc, les plans fibreux profonds réunis par un surjet de catgut, et la peau suturée : une mèche de gaze iodoformée restait au fond de la cavité. Au premier pansement, le 11 septembre, la réunion était complète, à part le trajet du drain, qui se fermait peu après. On commença tout de suite le massage et la mobilisation articulaire, par séances journalières, et notre externe, M. Dimitrescu, qui était chargé de ce traitement post-opératoire, ne tarda pas à obtenir des résultats qui vous ont tous frappés (Fig. 38). Le 16 octobre, notre opéré portait non seulement sa main à sa bouche, mais il y portait son verre, pesant à peu près 300 grammes. Le 18 octobre (je transcris les notes prises au jour le jour), il portait à sa bouche son verre plein de liquide: il promenait sa main, avec facilité, sur toute sa figure et même derrière sa tête; la flexion et l'extension du coude étaient presque complètes: au dynamomètre, la main droite développait une force de 25 kilogr., la main gauche de 55 kilogr. Nous revoyons cet homme très souvent, et les manœuvres d'assouplissement continuent toujours; aujourd'hui (15 novembre) il soulève et tient au-dessus de sa tête, avec sa main droite, un poids de 1 kilog., il se sert avec aisance de son bras droit pour tous les usages journaliers et a repris sa profession de garçon de restaurant.

Ce procédé est de pratique moins fréquente dans les tumeurs blanches, où l'extension du mal nécessite le plus souvent le sacrifice de l'olécrâne; il nous paraît excellent dans la *résection orthopédique*, malgré les quelques difficultés de technique qu'il présente d'ordinaire, et c'est à lui que, pour la cinquième fois, nous nous adresserons aujourd'hui.

Vous voyez, Messieurs, que la cure opératoire est seule positive dans l'ankylose osseuse du coude, et que, bien et largement faite, elle est susceptible de nous donner pleine et entière satisfaction. Le problème se présente sous un autre aspect lorsqu'il s'agit d'une fausse ankylose ou d'une *ankylose fibreuse serrée*.

II. — Laissez-moi vous rappeler d'abord, et notre jeune femme de vingt et un ans nous l'a bien montré, que le diagnostic n'est pas toujours aisé, sans chloroforme, entre l'ankylose complète osseuse et l'ankylose fibreuse serrée. Le *signe de Malgaigne* rend, en pareil cas, de réels services : la douleur, la douleur vive, d'ordinaire, que provoquent les tentatives de flexion ou d'extension forcées, suffit à démontrer qu'il n'y a pas fusion squelettique et soudure définitive.

Sous le chloroforme, la situation devient autrement nette et vous serez souvent étonnés de voir un coude, qui semblait rigide et totalement immobilisé, s'assouplir à mesure que le sommeil s'accuse, et se prêter à une mobilisation relativement étendue. Pourquoi? Parce que l'obstacle musculaire a disparu.

Et, de fait, dans toute articulation enraidie, il y a *trois éléments d'immobilisation* : *articulaire*, *ligamenteux*, *musculaire*. La coalescence des surfaces articulaires, par soudure directe ou par jetées périphériques, crée l'ankylose osseuse; la rétraction des ligaments et de la capsule, les adhérences fibreuses intra et péri-articulaires déterminent l'ankylose fibreuse serrée; la contracture, plus tard la rétraction des muscles péri-articulaires, se surajoutent à ces lésions fondamentales. Ne savons-nous pas que, dès la première période des arthrites du coude, le biceps se contracture et joue son rôle dans l'attitude fixe de l'avant-bras; M. Terrillon[1] y insistait il y a longtemps déjà. Dans l'ankylose incomplète, tout effort qui distend l'appareil capsulaire rétracté, qui provoque de la douleur, réveille du même coup les contractures musculaires, et la résistance s'en accroît d'autant.

Le chloroforme vient à bout de ce premier obstacle, et c'est ici que le redressement forcé nous paraît être la méthode de choix, sous la double réserve que l'application en soit régulière et qu'il ne soit que *le premier temps de toute une thérapeutique d'assouplissement et de mobilisation*. Je sais bien que, si les adhérences sont très fortes, si elles résistent aux tentatives de brisement, on a proposé de faire l'arthrotomie et de sectionner, à ciel ouvert, toutes les brides fibreuses, tout ce qui tient. Telle est la pratique préconisée par Wolf (de Berlin); elle serait applicable, d'après l'auteur, à tous les cas d'ankylose du coude où l'on n'a pas lieu de croire

1. TERRILLON. *De la contracture du Biceps dans les arthrites du coude.* (*Progrès médical*, 1890, n° 24.)

une soudure osseuse, et alors que la gymnastique articulaire, le massage, etc., n'ont servi à rien, et qu'une tentative de brisement forcé, sous le chloroforme, n'a donné aucun résultat. Ludwig Fränkel[1] rapportait, en 1892, quatre observations de ce genre : il faut dire que, deux fois, l'ankylose s'était reproduite. Jusqu'à plus ample informé, je me permettrai de croire que si le brisement forcé, ou mieux, la mobilisation articulaire méthodique, n'ont pas réussi, et si l'on est obligé de recourir à l'ouverture de l'article, il vaudra mieux, en thèse générale, faire une bonne résection orthopédique que de tenter les chances d'un procédé mal défini, et qui ne parait fournir que de maigres garanties contre une récidive rapide.

Nous ferons donc la *flexion et l'extension forcées* du coude ankylosé, et comment?

Il est très important de ne pas faire le redressement d'un seul coup, brusquement, mais de procéder par poussées successives, avec lenteur, et de pratiquer, en quelque sorte, des *ruptures en série*. Voici pourquoi. Si vous examinez une de ces ankyloses fibreuses, vous vous rendrez compte que les adhérences interarticulaires sont *de toutes longueurs : dès que la flexion forcée commence, un certain nombre d'entre elles se tendent et résistent, les autres, plus longues, sont encore relâchées; l'effort continue, les brides de première ligne se rompent, d'autres se tendent, qui devront être rompues à leur tour, et ainsi de suite*. Le phénomène est aisé à constater, lorsqu'on pratique méthodiquement la rupture articulaire : des craquements se font entendre successivement, et, après chaque brisure, la main qui manœuvre l'avant-bras, éprouve une diminution de résistance très appréciable : on a gagné du terrain.

En s'astreignant à suivre ce procédé lent et successif, on prévient les arrachements osseux, les fractures épiphysaires, qui ne sont pas rares à la suite du redressement brusque et total : dans ce dernier cas, en effet, on met en jeu simultanément la résistance combinée de toutes les adhérences, de tous les obstacles, et l'on conçoit qu'elle puisse l'emporter, au cours d'un brusque effort, sur la solidité des épiphyses voisines. Ce danger est beaucoup

1. Ludwig Fränkel. *Über die Behandlung der Ankylosen des Ellenbogengelenkes Inaug. Diss.* Berlin, 1892.

moindre, si l'on détruit peu à peu, par séries, tout le système des brides fibreuses.

De plus, une mobilisation complète du coude doit porter, non seulement sur la flexion, mais sur *l'extension*, mais sur les mouvements de *pronation et de supination*. Le plus souvent, en effet, comme chez notre malade, l'articulation radio-cubitale est enraidie, comme le coude lui-même, et il devient nécessaire de la mobiliser à part.

Nous le disions tout à l'heure, ce n'est là que le temps préliminaire, obligé, il est vrai, de la cure de l'ankylose fibreuse : s'arrêter là, prolonger l'immobilisation, c'est condamner l'article, un moment libéré, à un nouvel enraidissement. J'ai entendu souvent raconter l'histoire suivante : un malade se présente à un chirurgien, avec une ankylose rectiligne du coude, ankylose fibreuse serrée; le chirurgien pratique le brisement forcé, immobilise l'avant-bras en flexion, et le laisse dans son plâtre plusieurs semaines; au sortir de là, le coude est en ankylose angulaire : nouvelle consultation, nouveau brisement forcé, nouvelle immobilisation, en ligne droite, cette fois; quand on lève l'appareil, l'ankylose rectiligne s'est reproduite : mieux avisé, un troisième chirurgien rompit de nouveau les adhérences et poursuivit méthodiquement la mobilisation : le résultat fut excellent.

Vous resterez donc bien convaincus que le brisement forcé n'est rien, s'il n'est suivi d'une mobilisation méthodique et journalière, et de l'application tenace de tous ces procédés de « restauration articulaire » qui sont de mise dans les raideurs.

III. — Venons à ces *raideurs*, d'observation si courante; il suffit de maintenir le coude immobile pendant quelques semaines, pour qu'il perde sa mobilité : suivant la loi générale des tissus fibreux, la capsule s'est rétractée, et, s'il y a eu de l'arthrite, à cette rétraction capsulaire se surajoutent des adhérences fibreuses inter-articulaires. Ces raideurs ne sont donc autre chose qu'une ankylose fibreuse lâche. Elles sont un des triomphes de la gymnastique articulaire bien faite. Quels que soient les moyens, le nom et le renom de la méthode, elle ne saurait agir que de deux façons : 1° par *la distension et l'allongement progressifs de la capsule et des ligaments, et la rupture des adhérences*; 2° *par la restaura-*

tion des muscles. La mobilisation articulaire se fait à la main, ou à l'aide d'appareils dont les plus simples sont certainement les meilleurs : mon maître Le Fort avait construit, il y a bien longtemps, une double gouttière à charnière, dont je me suis servi maintes fois devant vous.

C'est là de la *gymnastique passive*, si je puis dire : pour rendre aux muscles leur force et leur tonicité normales, il faut recourir à la *gymnastique active*, il faut les faire contracter, les faire travailler : le travail seul, comme vous le savez, entretient et accroît la puissance musculaire. J'ai fait construire, dans ce but, un appareil que j'emploie chez notre troisième malade : la flexion est passive, et produite par l'action d'un poids ; l'extension est active et produite par le triceps, qui doit, à chaque mouvement, fournir un effort, un travail, et, de la sorte, s'exerce régulièrement. Le malade s'intéresse vite à la manœuvre, qu'on peut varier, du reste, en l'accommodant aux conditions et aux nécessités du milieu, et vous savez qu'il n'est pas sans importance, au cours de ce long et pénible travail d'assouplissement articulaire, de pouvoir compter sur toute la bonne volonté du patient.

V

LES LUXATIONS LATÉRALES EXTERNES DU COUDE

La luxation latérale externe complète, rare. — La luxation latérale externe incomplète, plus fréquente. — Exemples. — Historique de ces luxations dites exceptionnelles. — Discussion de l'intervention : médiocres résultats fonctionnels des réductions tardives. — La résection orthopédique. — Six cas de résection, complète ou incomplète, du coude, pour luxations anciennes. — Nécessité de faire large. — Description et représentation des divers temps opératoires.

Messieurs,

Il est certains types pathologiques qui portent depuis longtemps l'étiquette de variétés exceptionnelles, et qui, à l'abri de ce renom, doivent quelquefois passer inaperçus. Ainsi en est-il des luxations latérales du coude, et spécialement des luxations latérales externes, et le malade que je vais opérer devant vous nous servira d'exemple. De ces luxations rares, Malgaigne n'en cite que trois; Stimson en relate vingt-cinq, et il n'est pas malaisé d'en recueillir une quarantaine d'observations; je parle de la *luxation latérale externe incomplète*, la luxation *complète* restant beaucoup plus rare.

Vous savez combien la déformation est caractéristique, dans la variété *complète*. Les os de l'avant-bras ont abandonné complètement l'extrémité humérale, et sont venus se placer au-dessus de l'épicondyle, sur le bord externe du bras; la trochlée et le condyle font relief sous la peau. — J'ai eu l'occasion d'observer, ici même, en août 1892, une luxation de ce genre, chez un jeune mouleur de seize ans : ce garçon était tombé, la veille, sur la face interne de son coude droit, le gonflement était peu considérable et permettait de se rendre un compte fort exact du déplacement des extrémités articulaires. L'avant-bras était tourné de champ, en pronation, sa face antérieure regardant en dedans, et son bord radial, directement en avant; la main pouvait se mettre en pronation complète, mais la supination était impossible. Le diamètre transversal du coude était élargi de plus d'un tiers, et en dehors, une voussure

allongée contribuait à produire une déformation toute spéciale. On voyait assez nettement, sous la peau tendue, et l'on sentait parfaitement, au doigt, l'épitrochlée, la trochlée, et la partie externe du condyle, que le gonflement rendait moins accessible en dehors. De ce côté, l'olécrâne luxé encadrait le bord externe de l'humérus, et la cupule radiale se reconnaissait en avant et en dedans de lui : toute cette masse antibrachiale se prêtait à de petits mouvements de glissement et d'oscillation, dans le sens transversal. C'était, avec tous ses traits, une luxation *latérale externe complète*. La réduction en fut très facile : je fis maintenir le bras, et saisissant le coude à pleines mains, je refoulai fortement, en bas, puis en dedans, avec mes deux pouces, la masse antibrachiale luxée : cette propulsion suffit à remettre en place les extrémités articulaires, et, quelques jours après, notre jeune malade quittait l'hôpital et recommençait à se servir de son bras.

Il n'avait que seize ans, et vous savez que ceci correspond à un fait général, et que les *luxations du coude sont fréquentes dans le jeune âge*. Pourquoi ? Voici une explication fournie par Pétersen[1], et que je tiens à vous transmettre, parce qu'elle repose sur une constatation aisée à répéter : chez la plupart des enfants, par l'action seule du triceps, l'avant-bras se place en hyperextension sur le bras, et figure avec lui un angle ouvert en arrière ; c'est là, pour la luxation, une prédisposition indéniable. Une chute sur cet avant-bras en hyperextension tend à fermer l'angle et à déplacer l'un sur l'autre les deux segments osseux. Chez les sujets peu musclés, chez la femme, cette prédominance du triceps persiste à l'âge adulte, et l'on sait que chez la femme, la luxation du coude est fréquente.

Toujours est-il que, pratiquée de bonne heure, la réduction ne rencontre, en général, que peu d'obstacles, et que la propulsion directe, combinée parfois à l'extension ou à la flexion latérale externe, paraît être la meilleure méthode à suivre. Elle a réussi à Bichofswerder[2], à Heinlein[3], chez des enfants de treize ans, comme à nous-même, chez notre jeune mouleur.

1. FERD. PETERSEN (de Kiel). *Über die Ursache der Ellenbogenverrenkung bei Kindern und Frauen.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 15, p. 265.)
2. BICHOFSWERDER. *Zur Casuistik der vollkommenen Luxation beider Vorderarmknochen nach aussen.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 95, p. 359.)
3. HEINRICH HEINLEIN. *Beiträge zur Abschnitt über die Luxation beider Vorderarmknochen nach aussen.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1890, p. 95, n° 5.)

La situation se présente autrement dans la luxation *latérale externe incomplète*, et les difficultés, maintes fois signalées, sont dues, presque toujours, à certaines complications dont nous allons parler. C'est à cela, sans doute, et encore à ce fait, que la déformation, étant moins considérable, peut être masquée par le gonflement et passer inaperçue, qu'il faut attribuer le nombre des luxations irréduites. Notre malade d'aujourd'hui en est là : il y a deux ans et demi que l'accident a eu lieu, et depuis lors il est resté impotent.

Nous trouvons un premier document précis sur la luxation latérale externe du coude, dans un travail d'un médecin de Stuttgart, Hahn[1], qui n'est pas, du reste, autrement connu, et qui, chose curieuse, aurait observé 21 cas de luxation latérale incomplète du coude, dont une seule en dehors.

Hueter[2], en 1866, en rapporte cinq observations, provenant de la Clinique de Langenbeck : il s'agissait de cinq luxations anciennes traitées par la résection, et sur les cinq pièces on releva l'intéressante particularité que voici : l'*épitrochlée était arrachée*, et le *fragment ainsi détaché reposait sur la gorge de la trochlée*. Il correspondait exactement, comme forme et comme volume, à la perte de substance épitrochléenne, et la surface d'arrachement sur l'apophyse, lisse et régulière, contrastait avec l'épicondyle hyperostosé et entouré de végétations osseuses, telles qu'on les voit d'ordinaire dans les foyers de luxation ancienne. Ce fragment épitrochléen était relié au bord interne de la cavité sigmoïde par un fort trousseau fibreux, et glissait, indépendant, sur la trochlée, comme une troisième extrémité osseuse; ailleurs, il était intercalé entre l'apophyse coronoïde et la surface humérale : il est inutile d'insister sur l'entrave qu'il devait, dans l'une et l'autre éventualité, apporter à la réduction. Il semble donc établi, concluait Hueter, que dans la luxation des deux os de l'avant-bras en dehors, le ligament latéral interne ne se rompt pas, mais qu'il arrache de l'humérus le segment épitrochléen sur lequel il s'insère et cela, non seulement chez l'enfant, dont l'épitrochlée n'est pas

1. Analysé par STREUBEL, *in Schmidt's Jahrbuch*. T. CXIX, p. 73 et T. CXX, p. 88.
2. HUETER. *Die Resectionen, welche in den Jahren* 1862-64 *im König. chirurg. Klinikum worden sind mit casuistischen Bemerkungen*. (*Archiv f. klin. Chirurg.*, T. VIII, 1886, p. 94.)

encore soudée, mais aussi chez l'adulte : deux des cinq pièces avaient été recueillies chez des adultes.

C'est ce type de *luxation incomplète externe, avec arrachement de l'épitrochlée*, qui porte, dans la nomenclature des auteurs allemands, le nom de *luxation de Hueter*. Des exemples relativement nombreux en ont été fournis, en particulier, par Nicoladoni[1] et Sprengel[2]. Tous deux l'ont étudiée expérimentalement, et ont cherché à déterminer le mécanisme de l'arrachement épitrochléen. Chez un jeune enfant de onze ans, dont l'accident remontait à neuf semaines, et qui, mal traité, conservait un coude fléchi et impotent, Sprengel[3], après section de l'olécrâne, trouva dans l'articulation l'épitrochlée détachée, et en fit l'extraction. Nous retiendrons cette conclusion pratique, que, dans la luxation externe incomplète du coude, il faut vérifier avec grand soin l'état de l'apophyse humérale interne, et s'attendre à rencontrer cet obstacle spécial à la réduction, cette cale osseuse, qui nécessitera quelquefois une intervention immédiate, à ciel ouvert.

Vous voyez encore, Messieurs, par ces faits, que la luxation latérale externe du coude mérite mieux que la simple mention de variété exceptionnelle, qu'elle a toute une histoire, et déjà longue, et qui serait plus complète encore, sans doute, si le diagnostic en était toujours fait. A la clinique de Halle, de 1875 à 1879, Otto Sprengel relève 32 luxations latérales incomplètes du coude, en ne tenant pas compte des cas où, combinée à une fracture, la luxation n'était que secondaire; dans ce nombre figurent 20 luxations en dedans, 12 en dehors, et qui se départissent comme il suit :

Luxations récentes : 7 en dedans, 8 en dehors ;

Luxations anciennes : 11 en dedans, 4 en dehors.

Dans les deux autres cas, les indications manquaient sur l'âge de la luxation.

Ce qui nous intéresse surtout, c'est de savoir quel a été le *traitement*, dans ces divers cas, *récents et anciens*, si la réduction a été aisée, comment elle a été faite, et à quelle intervention l'on a dû recourir dans les luxations invétérées.

1. NICOLADONI. *Wiener medic. Wochenschrift*, 1876, n° 23 et seq.

2. OTTO SPRENGEL. *Über die seitlichen unvollständigen Ellenbogengelenks-Luxationen.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 9.)

3. OTTO SPRENGEL. *Ein Fall von temporärer Resektion des Olekranon zur Entfernung des abgesprengten Epicondylus internus aus dem Ellbogengelenk und Reposition der interponirten Gelenkkapsel.* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885, n° 34, p. 538.)

Toutes les luxations récentes ont été réduites, sous le chloroforme, par le procédé de *la flexion latérale, combinée à la propulsion*. On réussit encore, par la même manœuvre, dans une luxation datant de cinq semaines : il s'agissait d'une fillette de 7 ans, et, le traumatisme ayant été pris pour une fracture, on avait appliqué un appareil plâtré ; une large ulcération occupait la face interne du coude et avait mis à nu l'épitrochlée et le bord interne de la trochlée, et nul doute ne subsistait plus sur la nature de la luxation. Sous le chloroforme, on mit l'avant-bras en abduction forcée, en sorte que l'interligne interne s'ouvrit largement et que l'on put se rendre compte *de visu* de l'état et des rapports des surfaces articulaires ; la propulsion directe suffit alors à faire la réduction. La mobilité articulaire ne se rétablit que lentement.

Dans les autres luxations anciennes, la réduction fut impossible, et il fallut s'adresser à la *mobilisation forcée de la néarthrose*, ou à *la résection*.

C'est à une *luxation ancienne* que nous avons affaire aujourd'hui, et la date du traumatisme, l'état de l'article luxé, l'âge du malade, semblent nous tracer nettement la conduite à suivre.

Voici d'abord notre malade, et je vous demande de l'étudier avec moi, car vous ne trouverez jamais, peut-être, un exemple plus complet et plus frappant de luxation latérale externe incomplète du coude. La minceur de la peau, l'amaigrissement des tissus périarticulaires impriment à la déformation, aux dépressions et aux reliefs une netteté extrême.

Ce brave homme, un journalier de 58 ans, est tombé sur son coude droit, le 21 juillet 1891 ; il se releva avec beaucoup de peine, et rentra chez lui, en soutenant son avant-bras avec sa main gauche. Il fut soigné dans un hôpital où l'on avait posé le diagnostic de fracture de l'humérus : une longue gouttière plâtrée fut appliquée et resta 30 jours en place ; au bout de trois mois, à la suite de diverses péripéties sans importance, le malade sortait des salles avec un coude immobilisé à angle droit.

Depuis lors, il est resté en cet état, incapable de travailler et de se servir de son bras droit : il est entré salle Michon il y a quelques jours, et il a accepté avec empressement une intervention réparatrice.

L'avant-bras est fléchi, à angle légèrement obtus, sur le bras ;

pourtant l'ankylose n'est pas complète, et l'on peut obtenir, en deçà et au delà de cette position d'arrêt, de légers mouvements de flexion et d'extension, dont l'excursion ne dépasse pas 10 degrés. La face antérieure de l'avant-bras est tournée directement en dedans, la pronation complète est possible, mais toute supination est impraticable.



Fig. 39. — Luxation latérale externe incomplète du coude droit.

En dedans, vous voyez quel relief saillant et volumineux dessine l'épitrochlée : elle se détache, libre et isolée, à peine voilée par une peau amincie, et, en dessous, l'on suit, tout aussi aisément, le rebord interne et la gorge de la trochlée ; le rebord externe est moins accessible. En dehors, parait la masse olécranienne, très grosse et de contours bien arrêtés, et que prolonge, par en haut, la corde saillante et oblique du tendon tricipital. L'olécrâne encadre le condyle huméral ; la cupule radiale, située en avant et en dedans, est libre sous la peau et occupe le fond d'une dépression, qui répond en arrière à l'épicondyle, et que bordent, de chaque côté, les tendons en relief du biceps et du triceps.

Ajoutons qu'en explorant la surface de l'olécrâne, on découvre, vers sa partie moyenne, une dépression irrégulière, qui semble la trace d'une ancienne fracture, complication probable du traumatisme primitif. Ajoutons encore que le triceps, autant que vous en pouvez juger par son volume, par sa dureté au moment des contractions, par sa réaction électrique, a conservé une tonicité satisfaisante, et qui est de bonne augure pour le résultat de notre tentative de restauration fonctionnelle.

Telle est la question à débattre, une fois posé et bien établi notre diagnostic de *luxation latérale externe incomplète du coude, irréduite, datant de deux ans*. Que faire?

J'ai entendu dire autour de moi que notre homme était bien âgé (il a 58 ans), pour légitimer de grands espoirs, et que peut-être le parti le plus sage serait de lui laisser son coude impotent, à angle presque droit, ou d'essayer, par une mobilisation régulière et modérée, de lui rendre quelque ébauche de fonctionnement. Je vous avoue que je répugnerais beaucoup à ce « traitement de résignation ». — En dépit de ses 58 ans, notre malade, paysan vigoureux, est de force à supporter l'intervention, bénigne, en réalité, dans l'état actuel de la chirurgie, que nous lui avons proposée; il est las de son impotence, et vous pouvez, sur lui, vérifier ce fait dont nous nous sommes plusieurs fois entretenus, qu'un *coude ankylosé à angle droit est un coude fonctionnellement mauvais*, et qu'il ne rend aucun des services qu'on serait en droit d'en attendre, à lire les auteurs. Notre homme arrive à mettre son avant-bras à angle droit sur son bras, en bénéficiant de cette mobilité restreinte que conserve l'articulation. Eh bien! voyez ce qu'il peut faire avec ce coude plié à 45 degrés : il ne peut porter sa main à sa bouche, ni sur sa tête, elle lui est devenue, en quelque sorte, inutile.

Qu'obtiendrions-nous par la mobilisation forcée et méthodique? Vous voyez combien l'arrêt est brusque et inébranlable, en deçà et au delà de la petite excursion de 10 degrés environ, que nous avons constatée : on sent bien que c'est un obstacle solide, osseux, irréductible, qui s'oppose à l'achèvement de la flexion et de l'extension, et tous nos efforts se briseraient contre lui.

Non, il faut se résigner à l'impotence définitive, ou faire l'intervention aussi largement qu'il sera nécessaire. Bien entendu, je ne parle que pour mémoire des tentatives de réduction, qui, en pareille occurrence, seraient irrationnelles.

Ne savons-nous pas, du reste, que, dans ces luxations anciennes du coude, et je parle de luxations beaucoup moins anciennes, et de sujets plus jeunes, la réduction, si péniblement obtenue d'ordinaire, n'est pas suivie, en général, de la restauration fonctionnelle qu'on serait en droit d'espérer? J'ai assisté, à l'hôpital Cochin, à la réduction d'une luxation fort ancienne du coude, pour la-

quelle M. Ch. Nélaton avait demandé le concours de M. Farabeuf : avec quelle peine, et aussi avec quelle ingénieuse habileté l'articulation fut remise en place, il est inutile de le dire. L'avenir fonctionnel ne répond pas, en général, à tant d'efforts, et le malade conserve un membre à peu près ankylosé, et peu utile. Ceux-là mêmes qui avaient obtenu ces réductions tardives ont renoncé, en partie, à y recourir.

Chez un homme âgé, comme l'est notre malade, pareille méthode aurait moins de chances encore. Nous nous adresserons à l'intervention directe, et nous n'essaierons même pas de nous borner à l'arthrotomie simple, suivie de la réduction, à ciel ouvert, qui suffit parfois, en d'autres conditions.

Vous savez, Messieurs, qu'au coude comme à l'épaule, le traitement sanglant des luxations anciennes se résume dans ces deux méthodes : *réduction à ciel ouvert, résection*. Et le plus souvent, d'ailleurs, ce n'est qu'une fois l'arthrotomie faite, l'articulation ou mieux la néarthrose largement ouverte, et les lésions à découvert, que l'on se décide en connaissance de cause pour l'une ou pour l'autre.

J'ai eu à traiter, depuis dix-huit mois, six luxations anciennes du coude; deux d'entre elles, de forme très anormale, furent l'objet d'interventions spéciales, que je ne puis décrire ici. Pour les quatre autres, je fis, une fois la réduction après arthrotomie; une fois la résection totale; deux fois la résection semi-articulaire.

Mon premier opéré était un vigoureux cultivateur, qui me fut envoyé, à l'Hôtel-Dieu, en septembre dernier, par mon ami le docteur Aubert. Il s'agissait d'une *luxation postéro-externe* du coude droit, irréduite, datant de six mois; et les photographies que voici (Fig. 40 et 41) vous permettront de saisir les différences morphologiques entre cette forme de luxation postérieure et la luxation externe proprement dite, dont notre malade actuel vous fournit un si frappant exemple. L'avant-bras était immobilisé à angle obtus sur le bras, sans que l'ankylose fût complète; l'olécrâne se dessinait, sous la forme d'une volumineuse saillie, en arrière et en dehors, et près d'elle, sur le même plan, on retrouvait la tête radiale et sa cupule, qui avaient subi pourtant une rotation légère en avant; l'épitrochlée et la joue interne de la trochlée marquaient,

en dedans, à découvert, leur relief. L'avant-bras était en pronation légère, et se prêtait à des mouvements de latéralité très étendus.

Après un essai infructueux de réduction, sous le chloroforme, j'eus recours, séance tenante, à l'opération sanglante : je pratiquai une double et longue incision latérale, et j'ouvris largement l'articulation, en dehors, puis en dedans, après avoir recherché et récliné le nerf cubital, qui était resté dans sa gouttière ; je tentai alors de ramener dans leurs rapports normaux les surfaces articulaires, et, faisant pratiquer sur le poignet une traction assez énergique combinée à une flexion lente, je me servis de ma rugine courbe, introduite au-dessous de l'extrémité humérale, comme d'un levier, pour refouler, en bas et en avant, les extrémités antibrachiales. Après quelques tentatives, je réussis



Fig. 40. — Luxation postéro-externe, ancienne, du coude droit.

et je constatai que l'enclavement articulaire était redevenu complet ; j'ajoute que les surfaces avaient conservé leur coloration et leur poli, et qu'aucune interposition ne persistait ; d'ailleurs, la flexion et l'extension pouvaient s'exécuter sans obstacle, au moins jusqu'à une amplitude très notable, avec cette seule restriction que le déplacement en arrière tendait à se reproduire et s'esquissait dès que l'extension devenait complète. Je fis une suture profonde, sur les débris capsulaires, et fermai complètement les deux plaies. Grâce à la situation des deux incisions, le *triceps n'avait été nulle-*

ment intéressé, et son insertion à l'olécrâne avait été conservée entière. J'avais donc tout lieu d'espérer une excellente restitution fonctionnelle : elle n'a été que satisfaisante, le malade ayant voulu trop tôt quitter nos salles, et la gymnastique locale, si indispensable en pareil cas, n'ayant pu être poursuivie assez longtemps. Pourtant, bien que son coude n'ait recouvré qu'une mobilité partielle, il a repris ses travaux, et il se sert de mieux en mieux de son bras.



Fig. 41. — Luxation postéro-externe, ancienne, du coude droit.

Ici, Messieurs, j'ai un peu regretté de m'être borné à réduire, et je me demande encore si je n'aurais pas obtenu un succès fonctionnel meilleur, en ne cédant pas à l'attrait d'une remise en place pure et simple, et en pratiquant une résection plus ou moins large.

C'est le parti que j'ai pris chez mes trois autres opérés. L'un d'eux avait une luxation en arrière, qui datait de quatre mois, et, par une erreur de pratique peu explicable, il avait été immobilisé dans la rectitude : l'ankylose était complète, tout essai de mobilisation restait absolument négatif, et ne réveillait aucune douleur. Quant à ce membre supérieur, tout droit et immobile (Fig. 42), vous pensez combien il était gênant ; du reste, vous avez vu ici, récemment, un autre cas, tout à fait identique, que je vous rappellerai tout à l'heure. J'ouvris l'articulation par l'incision postérieure, en baïonnette, je décollai le tendon tricipital

en le laissant adhérent au périoste cubital, je fis sauter, au ciseau, les ponts osseux, je détruisis les adhérences fibreuses, très serrées et très épaisses, surtout en avant, et, après un essai de réduction, j'excisai l'extrémité supérieure du cubitus et la tête radiale, et je constituai ainsi, avec l'extrémité humérale, qui était restée intacte,



Fig. 42. — Luxation en arrière, ancienne, du coude droit. Ankylose rectiligne.

une néarthrose assez lâche. C'était une résection *semi-articulaire inférieure*. Les suites en ont été excellentes : l'opéré fléchit son avant-bras et l'étend d'une façon à peu près complète, il travaille dans une usine, aux environs de Paris, et je l'ai revu plusieurs fois[1].

J'ai suivi la même ligne de conduite chez ce cocher de 30 ans, que vous avez vu, ici même, au commencement de l'année. Son histoire était à peu près identique : luxation en arrière du coude gauche, irréduite et immobilisée à angle obtus, impotence complète. Je l'opérai en octobre dernier : double incision latéro-olécranienne, essai de réduction, puis excision de l'apophyse coronoïde, d'une partie de l'olécrâne et de la tête radiale. Les choses furent

1. Ce malade a été présenté à la Société de Chirurgie, le 1er février 1893, et a été l'objet d'un rapport de M. le prof. Tillaux (19 avril 1893).

alors remises en place, la guérison opératoire se fit sans incident, et le malade fut soumis à des exercices variés et prolongés de mobilisation du coude : il s'y prêtait d'ailleurs fort bien, et vous savez de quel prix sont alors la bonne voloaté et l'énergie des malades. Quand il quitta la salle Michon, il se servait d'une façon très satisfaisante de son bras, et, lui aussi, put reprendre son travail.



Fig. 45. — Résection du coude pour luxation latérale externe, ancienne. — Attitude d'extension.

Enfin, Messieurs, chez notre dernière malade, cette femme de 37 ans, couchée aujourd'hui encore salle Lisfranc, nous avons eu recours à une résection plus large, et portant sur les deux extrémités articulaires. Vous savez qu'elle aussi s'était présentée à nous, avec une luxation en arrière, irréduite, du coude droit, et un membre supérieur, ankylosé dans l'attitude rectiligne; pourtant quelques traces de mouvement indiquaient que la soudure n'était pas complète. — Nous avons abordé le foyer de la luxation par la double incision latéro-olécranienne, et nous avons excisé les extrémités du cubitus et du radius et l'extrémité humérale sur une longueur de 5 centimètres, en ne laissant que la portion d'olécrâne à laquelle se fixe le tendon tricipital : nous avions ainsi une cavité très vaste, et, en même temps, la conservation entière du triceps, de son tendon et de son attache osseuse était de nature à nous assurer pour plus tard des mouvements libres et puissants. La guérison opératoire

a été un peu longue; nous avions cru prudent de laisser une mèche de gaze iodoformée dans ce large foyer opératoire, et le trajet ne s'est fermé que lentement : la cicatrisation est aujourd'hui à peu près complète, et déjà nous avons commencé la mobilisation méthodique. Passivement, on arrive sans peine à obtenir l'extension et la flexion de l'avant-bras jusqu'à leurs limites à peu près normales, mais la pusillanimité de la malade, qui s'aide fort peu, réagira sans doute sur le résultat fonctionnel définitif.



Fig. 44. — Résection du coude pour luxation latérale externe ancienne. — Attitude de flexion.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, c'est la résection, et la *résection large*, qui nous a le mieux réussi, et vous savez que cette conclusion est en pleine concordance avec l'ensemble des faits aujourd'hui connus. Aussi me garderais-je bien de tenter même la réduction à ciel ouvert, chez notre malade d'aujourd'hui; à son âge, en présence d'une luxation irréduite de pareille ancienneté, ce serait préparer une ankylose nouvelle, peut-être de type plus favorable, mais vraiment le bénéfice serait trop restreint. Nous allons faire une résection du coude, et une résection étendue, et, en utilisant le procédé de la double incision latérale, nous nous efforcerons de conserver au principal agent moteur de la néarthrose, le triceps, les meilleures conditions de fonctionnement.

J'ai pratiqué devant vous, le 24 janvier, cette résection orthopédique du coude. Les constatations que nous avons faites au cours de l'opération et le résultat fonctionnel que nous avons obtenu

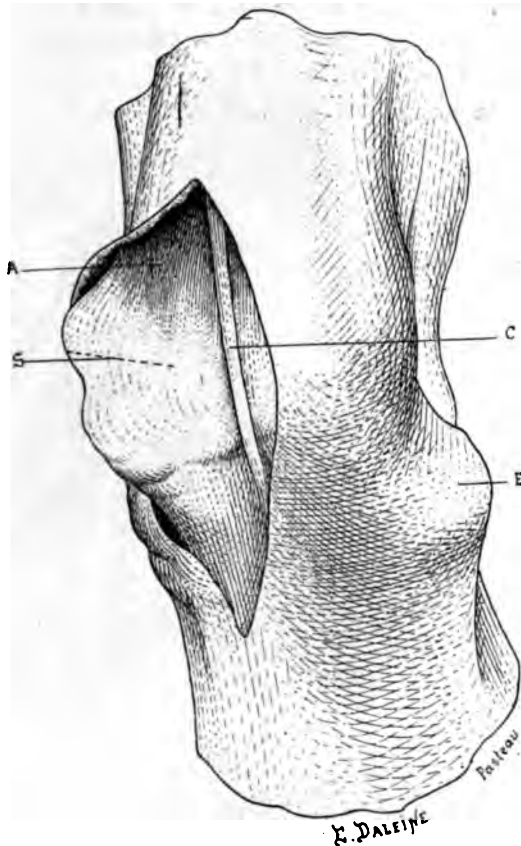


Fig. 45. — 1er temps de l'opération. La saillie interne et le nerf cubital sont découverts — A. Épiphyse humérale. — S. Première ligne de section, — E. Épicondyle. — C. Nerf cubital à cheval sur la trochlée.

sont trop intéressants pour que je ne vous les expose pas, en vous présentant l'opéré.

Une incision longitudinale de 10 centimètres a été pratiquée d'abord, en dedans, à égale distance de l'olécrâne et du sommet de l'épitrochlée. Où était le nerf cubital? Nous n'en savions rien; nous savions seulement que le palper sous et rétro-épitrochléen ne nous avait pas permis de le sentir ni de réveiller la douleur spéciale qui

résulte de sa compression; il était, selon toute probabilité, refoulé en dehors. De fait, il nous apparut, dans l'aire de cette première incision, croisant obliquement l'extrémité inférieure de l'humérus et reposant dans la gorge même de la trochlée (Fig. 46). Ce ne fut pas sans peine que nous parvînmes à le libérer de la gaine fibreuse serrée qui le réunissait à l'os : il fut rejeté en dedans et confié à un écarteur. La rugine put alors dénuder toute la région interne

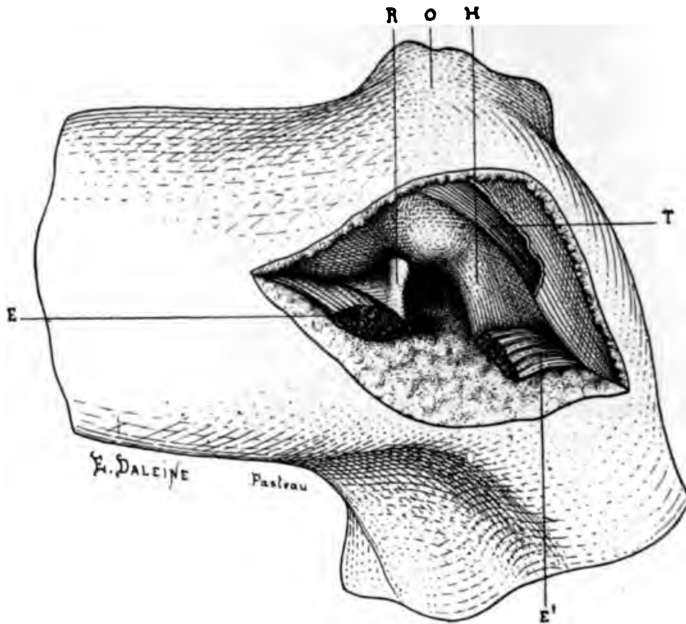


Fig. 46. — 2e temps de l'opération. Incision externe; découverte de la tête du radiu — H. Humérus. — O. Olécrâne. — R. Tête radiale luxée. — T. Tendon du triceps. — E. E'. Muscle long supinateur.

de l'articulation, et mettre à nu cette grosse masse que formait, en dedans, l'extrémité humérale.

En dehors, une incision de 7 centimètres, parallèle à la précédente, mit à découvert la tête du radius, libre et reposant sur le devant de l'épicondyle, et servit à isoler le bord correspondant de l'humérus et du cubitus (Fig. 47).

Par cette double voie, il fut aisé d'entrer largement dans l'articulation, et de dégager les surfaces articulaires, que ne reliaient

plus, en arrière, qu'une bandelette de 4 centimètres environ, formée par la peau et le tendon tricipital.

Je m'attaquai d'abord à la masse épitrochléenne, que je fis sauter au ciseau; puis, je morcelai le reste de l'extrémité inférieure de l'humérus, et il me devint possible de la luxer hors de la plaie,

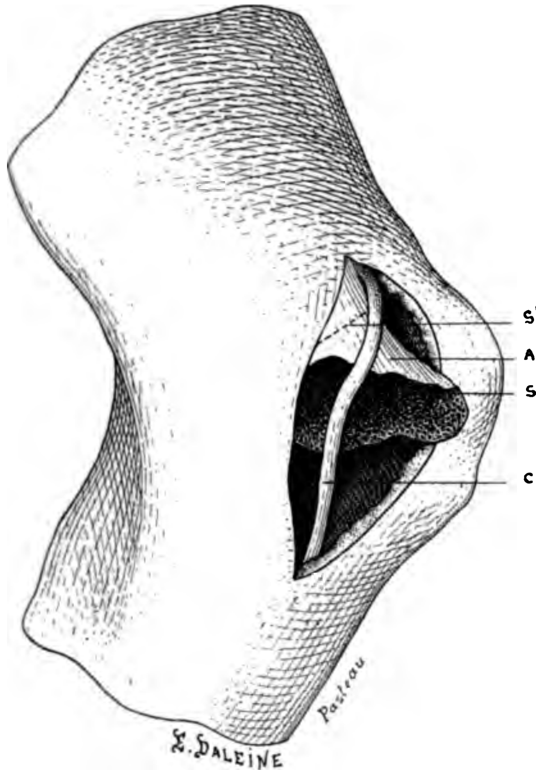


Fig. 47. — 3e temps de l'opération. L'extrémité humérale est luxée par la plaie externe. A. Humérus. — S'. Ligne de section définitive. — S. Surface de la première section. C. Nerf cubital.

par l'incision interne, et d'en exciser, à la scie, une nouvelle tranche (Fig. 48) : la hauteur totale d'humérus, ainsi réséquée, dépassait 5 centimètres. La tête du radius, la plus grande partie de l'apophyse coronoïde furent enlevées à leur tour, et le reste modelé au ciseau pour figurer encore une surface concave. Le foyer opératoire fut nettoyé avec soin de tous les débris ostéo-cartilagineux et fibreux, un double surjet réunit, en dedans et en dehors,

les restes de la capsule, ou ce qui pouvait en tenir lieu; la peau fut complètement suturée, et le coude immobilisé, à angle un peu aigu, dans une gouttière plâtrée.

Au premier pansement, le 15 février, on constatait que quelques trousseaux fibreux s'étaient sphacélés, à la partie interne, et avaient provoqué la désunion de la plaie, sur une petite étendue. Quelques paquets fibreux, filamenteux, blanchâtres, s'éliminèrent ainsi, puis la plaie se mit à bourgeonner franchement et fut bientôt réduite à une petite surface granuleuse qui, à la fin de mars, était complètement cicatrisée. Il reste aujourd'hui, à ce niveau, la légère dépression que vous pouvez constater. Dès le vingt et unième jour (et le petit incident dont je viens de parler avait seul empêché de le faire avant) la mobilisation du coude était faite journellement : mouvements passifs de flexion et d'extension, mouvements actifs, auxquels notre brave homme se livrait avec une patience et une énergie surprenantes, électrisation, etc.

Aujourd'hui, vous voyez que le résultat dépasse toutes nos espérances, surtout si vous songez encore à l'âge de notre opéré. Son triceps est très puissant : il plie son avant-bras et l'étend presque aussi régulièrement que l'avant-bras opposé; il s'en sert très bien, il peut travailler[1] (voy. Fig. 44 et 45). Et ce fait démontre bien, me semble-t-il, tout ce qu'on est en droit d'attendre de la chirurgie réparatrice, même dans des conditions en apparence très défavorables.

1. Le malade a été présenté à la Société de Chirurgie, le 23 mai 1894.

VI

LES OSTÉITES MARGINALES DU BASSIN

Les ostéites du bassin. — Les ostéites tuberculeuses marginales : pubis, branche ischio-pubienne, ischion, crête iliaque, épines iliaques. — Exemples. — Difficultés du diagnostic. — Fistules interminables alimentées par un foyer d'ostéite profonde, endo-iliaque. — Traitement.

Messieurs,

Vous savez quelle est la fréquence des ostéites du bassin, et spécialement des ostéites tuberculeuses : par leurs localisations diverses, par le siège, la forme, l'extension des collections purulentes qu'elles font naître, elles suscitent souvent, en clinique, des problèmes ardus de diagnostic et de traitement opératoire. Faut-il vous rappeler les lésions cotyloïdiennes de la coxalgie, et les allures particulières qu'elles impriment à l'affection, lorsqu'elles sont précoces et prédominantes? Ou encore les *ostéites para-symphysaires*, si vous voulez accepter ce mot, dans la sacro-coxalgie, et ces foyers bien limités parfois, qui ont permis à mon collègue et ami Pierre Delbet de décrire des sacro-coxalgies partielles? Le corps même de l'os iliaque, la ligne épaisse qui marque le détroit supérieur, la fosse iliaque interne, peuvent servir aussi de point de départ à ces divers processus, et devenir l'origine de volumineux abcès intra-pelviens, difficiles à bien reconnaître, difficiles à bien ouvrir, et tout récemment en relatant un fait intéressant de ce genre, M. Meinhardt-Schmidt[1] soulevait de nouveau cette question débattue, et préférait, à la trépanation de l'os iliaque, à l'incision sus-inguinale, une incision postérieure dans la grande échancrure sciatique.

Mais je laisse là ces aperçus généraux, et je tiens à insister devant vous sur une variété courante de ces ostéites du bassin, *celles qui occupent les bords de l'os et tel ou tel point circonscrit*

1. Meinhardt-Schmidt. *Zur Behandlung der acetabulär-ostitischen Beckenabscesse.* (*Archiv. f. klin. Chirurgie*, 1893, XLVI Bd., p. 355.)

de son pourtour, les ostéites marginales, en un mot; le malade que je vais vous présenter nous en fournira un exemple. Je vous en rappellerai une série d'autres, et j'espère vous convaincre qu'il y a là des formes cliniques curieuses, souvent inattendues, et qui méritent d'être étudiées et groupées.

Voici un homme de 50 ans, grand et fort, sans aucun antécédent morbide, qui s'est aperçu par hasard, samedi dernier (il y a quatre jours), qu'il portait une grosseur à l'aine gauche. Aucune espèce de douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements étendus de la cuisse. Tout naturellement, il a cru d'abord à une hernie, il est venu nous demander un bandage, et il a été tout étonné et longtemps incrédule, quand nous lui avons appris que sa prétendue hernie était un abcès, et qu'il fallait intervenir.

A l'aine gauche, au-dessus du pli inguinal, sur lequel il n'empiète nullement, un relief se dessine, obliquement allongé, ovoïde, mesurant deux à trois travers de doigt en hauteur, se prolongeant en dehors jusqu'à peu de distance de l'épine iliaque antéro-supérieure, et venant affleurer, en dedans, le niveau de l'anneau inguinal externe, qu'il ne déborde pas. La peau est de coloration normale, elle glisse sans peine au-devant de la tumeur : la fluctuation est des plus manifestes; en dehors, seulement, la masse est un peu indurée. Du reste, elle ne se tend pas, au moment de la contraction des muscles abdominaux, et pourtant elle n'est pas mobile, elle tient ou semble tenir, en bas, à la branche horizontale du pubis, elle s'y implante, dirait-on, et l'on ne décèle aucun sillon, aucun interstice entre son bord inférieur et l'os. L'anneau inguinal externe est parfaitement libre; lorsque le doigt y pénètre, il ne tarde pas à heurter la saillie arrondie de la tumeur, son pôle interne, mais il n'est pas arrêté, il glisse *en arrière d'elle*, et aussi loin qu'il peut remonter dans le trajet inguinal, il trouve toujours la tumeur fluctuante *dans l'épaisseur de la paroi antérieure*, qu'elle refoule et fait bomber, et jamais dans le canal lui-même, qui, sur toute sa longueur, est perméable. On palpe, on délimite aussi très nettement le rebord supérieur de la masse, et les doigts, recourbés en crochet, arrivent même, sans trop de peine, à passer en arrière au moins sur une courte étendue.

Ces résultats de l'exploration restreignent beaucoup le champ des hypothèses. A première vue, une tumeur ainsi placée, indo-

lente, fluctuante sur une grande partie de sa surface, dure en un point, couverte d'une peau normale et mobile, eût été de nature à nous faire penser : à un *abcès de la fosse iliaque*, en voie d'évolution descendante ; à une *hernie pro-péritonéale* ou *inguino-interstitielle* ; à un *lipome* et même à *un kyste hydatique* de la paroi, pour nous, au moins, qui, tout récemment, avons été témoins ici même d'un cas de ce genre. — Mais la fosse iliaque est libre, et la tumeur commence et finit, sans le moindre doute, dans la paroi abdominale ; elle est trop fluctuante pour être un sac herniaire, et surtout, le doigt peut suivre tout au long le trajet inguinal, et la tumeur, que l'on contourne ainsi, siège bien en avant du canal, et non en arrière, comme cela aurait lieu s'il s'agissait d'un sac pro-péritonéal ; enfin elle n'est pas bosselée comme le lipome, elle est lisse et régulière de contours, sauf à la partie inférieure, où elle semble adhérer à la branche pubienne.

Nous avons fait ensemble toutes ces réflexions, le jour de l'entrée de notre malade, et nous avons conclu à un *abcès froid sus-inguinal, probablement d'origine osseuse*, et reconnaissant, sans doute, pour point de départ la *branche horizontale du pubis*. Et ce fut moins pour confirmer notre diagnostic que pour vaincre les dernières hésitations de ce brave homme, qui s'obstinait à réclamer son bandage, que je fis une ponction à la seringue de Pravaz : je retirai du pus épais, blanchâtre et caséeux. Il n'y avait plus aucun prétexte au doute.

Voilà donc un premier exemple ; et, sans quitter le bord antérieur de l'os, laissez-moi vous dire que l'ostéite tuberculeuse se localise parfois *au corps même du pubis*, et qu'il est telles collections froides, superficielles, et même profondes, de la région hypogastrique, tels abcès de la cavité de Retzius, dont l'origine est celle-là : un foyer de carie, occupant le bord supérieur, la face postérieure, quelquefois, du pubis, ou encore les deux pubis et la symphyse qui les réunit, reproduisant là, sous une forme plus exceptionnelle, le processus de la sacro-coxalgie.

Mais je passe, et je descends plus bas, en suivant le contour osseux du bassin.

Un gazier de 50 ans entre à l'Hôtel-Dieu, à la fin de septembre 1893. Il porte, à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, une grosse tumeur, profonde, fluctuante, du volume d'une tête de fœtus, et

dont le relief se dessine, très apparent, au-dessous et un peu en avant du pli génito-crural. Ici encore le développement a été silencieux et indolent. Au niveau de la branche ischio-pubienne, une zone d'empâtement et un point douloureux, bien circonscrit, nous permettent de reconnaître que le point de départ de l'affection est là. Du reste, la colonne vertébrale, les fosses iliaques, les organes génito-urinaires, la hanche ne révèlent rien d'anormal, et le toucher rectal demeure négatif.

Le 30 septembre, une longue incision est pratiquée, suivant le grand axe de la tumeur : le moyen adducteur est soulevé, et c'est au-dessous de lui qu'on découvre une énorme poche d'abcès froid : elle est évacuée et lavée; sa paroi, très épaisse, fongueuse, se prolonge sur tous les muscles de la région, les encroûte et s'insinue entre eux; en haut, elle se continue jusqu'à la branche ischio-pubienne, et, une fois les fongosités curettées, on y découvre une surface osseuse, de deux centimètres de haut environ, dénudée et nécrosée : on l'enlève par fragments, à la gouge et au maillet; le reste de la branche est bien recouvert et sain. On rapproche, par un surjet, les parois de la large cavité, dans laquelle on laisse une mèche de gaze iodoformée. Le malade guérit lentement. *Ostéite tuberculeuse partielle de la branche ischio-pubienne, gros abcès froid secondaire* : telle était bien l'affection à laquelle nous avions affaire, et il faut retenir cette variété et cette origine nouvelle des *grosses tumeurs de la partie supéro-interne de la cuisse*, dont nous parlions il y a quelque temps.

Poursuivons la série de ces ostéites marginales. La *tubérosité ischiatique* en est un siège fréquent, surtout chez les jeunes sujets. Certaines collections de la fosse ischio-rectale, d'autres qui se développent à la partie inférieure de la fesse et soulèvent le pli fessier, ne reconnaissent pas d'autre origine. Ces ostéites localisées, au même titre que les inflammations chroniques de la bourse séreuse sous-ischiatique, déterminent souvent des contractures secondaires des muscles péri-coxaux, et des attitudes anormales du membre, qui simulent celles de la coxalgie : il y a là une variété de ce qu'on pourrait appeler les *fausses coxalgies*[1].

Je vous montrais récemment une petite fille de 13 ans, aujourd'hui guérie, et qui a passé par toutes les phases de cette

1. Voy. la leçon suivante.

ostéite ischiatique. Peu à peu, sans douleurs, sans réaction, un gros abcès avait paru à la partie postéro-supérieure de la cuisse : il s'était ouvert, laissant plusieurs trajets fistuleux, qui conduisaient sur un os dénudé, ramolli, carié : la cuisse était fléchie, et ne se redressait, pendant la marche, qu'au prix d'une ensellure lombaire bien marquée, et d'une forte claudication. A plusieurs reprises, le curettage des fistules, l'évidement des foyers osseux accessibles, avaient été pratiqués : l'état local ne tardait pas à se reproduire tel quel, et l'affection restait interminable. Dans le courant de septembre 1892, j'eus recours à une intervention que je m'efforçai de faire radicale : je pratiquai, à la face postérieure de la cuisse, une incision de près de 20 centimètres, qui reliait tous les trajets fistuleux, j'ouvris largement le foyer, et je mis à nu l'ischion : il était nécrosé dans sa totalité, et je l'enlevai, comme un énorme séquestre, après l'avoir libéré, au ciseau, des quelques attaches osseuses qu'il avait conservées. La cavité, très vaste, fut soigneusement curettée et tamponnée : elle se combla très vite, et la petite malade, envoyée à Berck, acheva de s'y guérir. Aujourd'hui, la longue cicatrice qui longe la face postérieure du membre, est intacte et solide, et le processus paraît, cette fois, définitivement éteint.

La *crête iliaque* est très souvent le siège de ces ostéites partielles et périphériques dont nous parlons. Et nous savons que c'est là aussi, pour l'ostéomyélite, un lieu d'élection. Ne voit-on pas, sous son influence, nécrosées et décollées, ces longues bandelettes osseuses qui encadrent, avant le terme de l'ossification, les deux crêtes : les épiphyses marginales? L'ostéite tuberculeuse s'y montre sous une forme moins extensive, en général, mais on l'y observe à tous les âges, et même à un âge avancé.

Un cordonnier de 66 ans entrait, en février dernier, salle Michon, pour une affection de ce genre, et qui se présentait avec des caractères et une évolution assez étranges pour que je vous rappelle toute l'histoire. Il y avait deux mois que notre malade s'était aperçu de l'existence d'une grosse tumeur, qui siégeait à la face externe de la hanche droite; en même temps se réveillaient des douleurs sciatiques, assez vives, qui s'étaient déjà fait sentir une année auparavant, puis avaient disparu en grande partie. Au bout de quelques semaines, une seconde tumeur se

dessinait au-dessus de la première, plus près de la crête iliaque. Aujourd'hui cette double bosselure forme, dans son ensemble, une masse énorme, plus grosse qu'une tête d'adulte, et dont le relief est surtout marqué et proéminent à la hauteur du grand trochanter : cette nappe fluctuante, assez nettement divisée par une rigole arquée, s'étend du pli fessier à la crête iliaque ; en avant, elle s'avance jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en arrière, elle empiète sur la fesse et se prolonge jusqu'à sa partie moyenne. En haut, près de la crête, elle s'affaisse notablement, elle ne remonte pas au-dessus d'elle, ne la recouvre pas, et, à première vue, à ne considérer que la forme et le maximum de relief de la collection, on croirait qu'elle a son point de départ au grand trochanter. Mais, si la pression est, en ce point, quelque peu sensible, c'est à la *crête iliaque* et sur une zone assez précise, à la *jonction du tiers antérieur et du tiers moyen*, qu'on *provoque une douleur très vive* et très caractérisée.

Nous fîmes donc le diagnostic d'*ostéite tuberculeuse de la crête iliaque* , et l'opération démontra que telle était bien l'origine réelle de ce vaste abcès péri-trochantérien. — Le 6 février, j'ouvris largement la collection, par une incision qui, de la crête, descendait jusqu'à la racine du grand trochanter, j'évacuai une quantité considérable de pus et de détritus caséeux, je curettai les parois fongueuses, après en avoir excisé, aux ciseaux, la plus grande partie, et je mis à découvert, sur la crête iliaque, au point que je vous indiquais tout à l'heure, une *surface dénudée, irrégulière, d'un jaune rougeâtre, soulevée et à demi détachée de l'os voisin, un séquestre tuberculeux*. Je l'enlevai, j'évidai, au ciseau, toute la portion adjacente de la crête, qui paraissait suspecte, et je tentai une réunion presque totale, en ne laissant que le passage d'une mèche iodoformée. De fait, la réunion fut complète, par première intention, à part ce trajet qui, lui-même, s'oblitéra ensuite très vite ; et, le 8 mars, notre malade nous quittait guéri. — Je dois ajouter qu'il portait encore, à la région lombaire, de chaque côté de la dernière vertèbre, un petit abcès froid, sous-cutané, sans aucune attenance osseuse : l'incision et le curettage suffirent au traitement de ces gommes tuberculeuses, symétriques, para-vertébrales.

Ouverts spontanément, ces gros abcès laissent des *fistules inter-*

minables, et dont le trajet correspond aux différents points du pourtour de l'os iliaque.

Je ne saurais vous en donner de meilleur exemple que celui de ce pauvre garçon de 24 ans, que vous avez vu salle Michon, et que j'avais déjà opéré, l'an dernier, à l'hôpital Necker : d'hérédité tuberculeuse, maigre, toussant un peu, il aurait reçu, il y a trois ans, un coup de maillet au niveau du tiers postérieur de la crête iliaque; quelque temps après, une grosse tumeur se développait, à la même région, tumeur arrondie, fluctuante, et qui vite acquit le volume d'une tête d'adulte. Elle s'ouvrit seule, laissa échapper une grande quantité de pus, s'affaissa peu à peu et resta fistuleuse. Tout cela s'était passé, sans réaction appréciable, sans grandes douleurs. La fistule était située au-dessus de la crête iliaque, au niveau de son tiers postérieur; fortement déprimée et encaissée, elle conduisait le stylet, par un trajet sinueux, un peu oblique en dehors, sur la crête iliaque, irrégulière de surface, raboteuse et dénudée : la symphyse sacro-iliaque était indemne, et la lésion de la crête en était distante de quatre à cinq centimètres. Je pratiquai l'excision des parois de la fistule et l'évidement du point osseux; mais mon intervention fut sans doute trop parcimonieuse, car une autre fistule s'est ouverte, peu après, à peu de distance de la première.

Il faudra donc, cette fois, agir plus largement; et, du reste, dans ces caries marginales du bassin, comme dans tous les foyers de carie, une opération complète, et réellement curatrice, est toujours longue, minutieuse, et plus étendue qu'on ne l'aurait cru. J'ai constaté plusieurs fois, en poursuivant ces fistules, qui semblent provenir du rebord de la crête iliaque, que le point d'ostéite superficiel et accessible au stylet, n'était pas seul, mais qu'une *traînée fongueuse, s'insinuant entre les attaches musculaires, passait par-dessus la crête, se terminait en dedans, dans un second foyer*, endo-iliaque, profond et masqué. Il y a là quelque chose de tout semblable à ce qui est d'observation courante dans la carie costale.

Je ne veux pas multiplier les exemples : il me suffit d'avoir attiré votre attention sur ces *ostéites marginales*, de la *crête*, de l'*ischion*, de la *branche ischio-pubienne*, du *pubis* et de sa branche horizontale, des *épines iliaques*, qui, à part leur localisation, se relient

par un certain nombre de traits communs, et, pour n'en rappeler qu'un seul, qui donnent naissance à d'*énormes collections froides, de siège souvent anormal*. De là, des difficultés du diagnostic, analogues à celles que nous avons rencontrées chez le malade que nous allons opérer dans un instant.

Quant à cette opération, elle est toute tracée : incision large, excision de la paroi de l'abcès, ablation complète et évidement du foyer osseux découvert, recherche soigneuse des traînées et des points d'ostéite profonde, cachée, tel doit être le programme opératoire; et, s'il est exécuté complètement, il semble présenter, grâce à la localisation ordinaire de ces ostéites marginales, les meilleures chances de succès définitif.

VII

LES FAUSSES COXALGIES

Les affections de la hanche ou de la région ambiante, qui revêtent les apparences cliniques de la coxalgie : 1° abcès péri-coxaux ; 2° coxalgie hystérique ; 3° ostéites tuberculeuses juxta-articulaires ; 4° pseudo-coxalgie ostéomyélitique ; 5° affections des bourses séreuses péri-coxales, en particulier de la bourse sous-ischiatique. — Exemples et diagnostic.

Messieurs,

Vous avez vu, salle Lisfranc, dans les premiers jours de novembre, une jeune femme de 20 ans, pâle, maigre, de chétive apparence, dont le membre inférieur gauche était soumis, depuis près de deux mois, à l'extension continue. Très atrophié, surtout à la cuisse, ce membre était le siège, à la moindre secousse, de douleurs très vives : douleurs au genou, que la pression réveillait aussi, douleurs à la hanche, au fond du creux inguinal, dans la gouttière rétro-trochantérienne, sur le grand trochanter. Quant aux mouvements de la cuisse, ils étaient à peu près complètement abolis : à peine pouvait-on esquisser une légère flexion, une légère abduction, au prix de souffrances aiguës et en luttant contre la contracture et la raideur des groupes musculaires correspondants. Tuméfiée, et saillante en dehors, la hanche offrait donc, et par son aspect, et par les différents signes que je viens d'énumérer, *tous les caractères de la coxalgie, et d'une coxalgie à marche rapide.* L'examen direct semblait confirmer encore ce diagnostic, en permettant de constater l'existence, au-devant et au-dessus du grand trochanter, à la partie antéro-externe de l'articulation, d'une volumineuse collection purulente, développée lentement sans changement de coloration de la peau, et qui remontait très haut, jusqu'au-dessus de l'arcade.

Pourtant, si l'état actuel ne laissait, de prime abord, que peu de doutes sur la nature de l'affection coxale, l'histoire et l'évolution de la maladie n'en étaient pas moins un peu étranges. Bien por-

tante jusqu'alors, notre malade, qui, depuis dix mois seulement, habitait Paris, avait eu, en juillet, c'est-à-dire quatre mois auparavant, « un abcès dans l'oreille »; de quelle origine et de quelle nature, je ne sais; mais toujours est-il, que, d'après son dire, il se serait écoulé du pus par le conduit auditif externe, durant dix jours environ, puis tout s'était calmé, ne laissant aucune trace; la membrane du tympan est intacte, l'ouïe n'est nullement atteinte.

Ce fut au cours de ce petit accident, tout local en apparence, que survinrent des douleurs vives dans le genou, accompagnées d'une fièvre intense et d'un état général inquiétant, qui firent porter à un praticien le diagnostic de fièvre typhoïde fruste. La hanche se prit, à son tour, et les douleurs ne tardèrent pas à s'y montrer, encore plus violentes qu'au genou; bientôt la cuisse se fléchit et se porta dans une abduction légère, et la malade entra, dans cet état, à l'hôpital. On redressa le membre, qui fut immobilisé dans une gouttière, et cette intervention fnt suivie d'une notable atténuation des douleurs; mais la fièvre persistait, la maigreur s'accentuait de jour en jour, et, depuis deux mois, un gros abcès avait paru.

Si donc ces allures fébriles du début, si cette rapidité de l'évolution, laissaient planer encore quelque doute sur la nature précise de l'affection coxale, il existait pourtant un ensemble de symptômes amplement suffisant à rendre très vraisemblable le diagnostic d'arthrite tuberculeuse de la hanche; en outre, l'état général était si précaire, l'aspect était si nettement celui de la tuberculose, que toute hésitation eût paru mal fondée.

Une intervention s'imposait : je résolus d'ouvrir la grosse collection pré-articulaire, et, par cette brèche, de reconnaître directement l'état de la hanche, et, s'il était nécessaire, d'aller plus loin.

Le 7 novembre, sous le chloroforme, l'abcès fut largement incisé, livrant issue à une énorme quantité de pus, et mon doigt plongea dans une grande cavité qui se prolongeait en haut, jusqu'à l'entrée de la fosse iliaque; mais j'eus beau explorer avec soin la face antérieure de l'articulation et tous les diverticules de la poche, nulle part, je ne trouvai de surface osseuse découverte ni aucune trace d'une communication articulaire; de plus, sous le chloroforme, la hanche, bien qu'enraidie, se prêtait pourtant

quelques mouvements, et la tête fémorale paraissait tourner, sans trop de peine, dans le cotyle. Quelques jours après, le drainage de la poche me semblant insuffisant, je fis une seconde incision au-dessus de l'arcade de Fallope, je curettai la paroi de l'abcès, et les lavages furent continués quotidiennement.

Au bout de peu de jours, la fièvre tomba, l'appétit revint, et peu à peu l'état général se transforma. Le 2 décembre, le drain fut retiré, la poche étant à peu près fermée; le 6, il ne restait plus que deux petites surfaces granuleuses; l'extension continue fut supprimée, et l'on commença à mobiliser un peu la hanche, qui avait presque totalement cessé d'être douloureuse. Le 12, la malade se levait, avec des béquilles; elle ne souffrait plus, la cicatrisation était achevée, la raideur articulaire et l'atrophie musculaire la gênaient seules pour marcher. Le massage, les mouvements méthodiques, l'électricité, amélioraient très vite la situation, et le 2 janvier, notre fausse coxalgique nous quittait, marchant presque bien : il n'y avait plus de douleur, plus de gonflement, et les mouvements de la hanche étaient déjà très étendus.

Ceux d'entre vous qui ont suivi cette malade ont été frappés, comme moi, de cette évolution morbide étrange. Il est évident que nous avons eu affaire à une fausse coxalgie, *ou mieux, qu'il n'y avait pas de coxalgie*, qu'il n'y en avait que les signes et les apparences extérieures. Quant à donner un nom précis à cette affection coxale, je ne saurais le faire, devant l'absence d'un examen bactériologique du pus, que l'état alors trop rudimentaire de notre installation ne nous a pas permis de pratiquer; je suis porté à penser que nous avons été en présence d'une forme anormale de *suppuration grippale*, ce qui cadre bien avec l'otite du début et aussi avec ces accidents d'infection générale, qui ont marqué les premières semaines.

II. — Autre fait, de caractères bien différents.

Une vigoureuse fille de 23 ans souffre depuis trois ans de la hanche droite. Elle a eu, dans son enfance, des adénites strumeuses, à la région sous-maxillaire, des deux côtés; dans le courant de l'année dernière, deux de ces ganglions ont été extirpés. Très nerveuse, elle n'a pourtant jamais présenté de crises proprement dites. L'affection coxale a débuté presque subitement : en se

levant de sa chaise, la malade ressentit une douleur vive à l'aine droite; et, depuis lors, cette douleur, qui se calmait pendant la marche, reparaissait, au contraire, après une longue station assise. Au bout d'un an, le membre commença, dit-elle, à « se raccourcir », ce qui veut dire, sans doute, car il n'existe aucun raccourcissement réel, que les mouvements étaient gênés et que la claudication devint permanente. Ce « raccourcissement » ou cette claudication s'accentuèrent de plus en plus, et les souffrances devinrent d'une intensité telle, que la marche, que la station debout n'étaient plus possibles qu'avec l'aide de deux cannes.

Admise dans un service de médecine, elle fut immobilisée, et, après avoir été deux fois transférée de la médecine à la chirurgie et de la chirurgie à la médecine, elle nous revenait, le 24 janvier. Il y avait plus de six mois que son membre inférieur droit était soumis à l'immobilisation et à l'extension continue, et, depuis la même époque, elle n'avait pas quitté son lit. Les douleurs, bien qu'un peu atténuées, persistaient toujours, et le moindre ébranlement les réveillait très aiguës, à en juger, du moins, par les plaintes et les cris de la malade; la pression sur le grand trochanter, la pression sur les faces antérieure ou postérieure de l'articulation, la pression du talon, provoquaient les mêmes réactions douloureuses. La hanche était pour ainsi dire soudée; du moins n'arrivait-on qu'avec la plus grande peine à ébaucher de légers mouvements en avant ou en dehors : les muscles, tendus en cordes, opposaient aussitôt une résistance insurmontable. Il n'y avait aucune trace de suppuration, ni dans la fosse iliaque, ni sur le pourtour de la hanche, et l'amaigrissement du membre était à peine marqué.

Vous voyez que, s'il y avait tout lieu de songer à la coxalgie — et ce diagnostic avait été porté depuis longtemps — si l'habitus nettement strumeux de la malade, si les adénopathies du cou, plaidaient encore en faveur de cette interprétation, on relevait pourtant quelques discordances, dans cette intensité et cette persistance des phénomènes douloureux, cette contracture musculaire, et aussi cette conservation presque intégrale du volume du membre, après trois ans et demi de maladie, après dix mois d'alitement. Vous avez déjà prononcé le nom d'une autre affection, à laquelle nous devions songer : la *coxalgie hystérique, la maladie de Brodie*. Oui, sans doute; mais cette durée même de l'évolution

morbide, la ténacité des souffrances et des contractures, l'absence de tout accident caractérisé d'hystérie, tout cela était de nature à entretenir nos hésitations.

L'indication était formelle : le chloroforme devait servir de réactif. La malade fut endormie, et vous avez pu constater, non sans quelque étonnement, qu'une fois obtenue la résolution musculaire, il nous fut relativement aisé de plier la cuisse : un craquement se fit entendre, au début, et j'eus la sensation d'avoir rompu des adhérences; après ce premier effort, la mobilisation ne souffrit plus aucun obstacle : je pus fléchir, étendre, porter dans l'abduction et dans l'adduction, faire tourner dans l'un et l'autre sens, cette hanche si longtemps immobilisée. De toute évidence, il n'y avait rien dans l'articulation, rien que ces adhérences fibreuses, qui s'étaient brisées sous mes premières tentatives. Je ne doute pas qu'elles ne fussent le produit de cette immobilisation prolongée; la hanche s'était enraidie, à la longue : il y avait bien de quoi. A la suite de cette séance, la malade accusa des douleurs très vives durant les premiers jours; puis tout se calma, et la mobilisation méthodique de la hanche, ou plutôt les manœuvres d'assouplissement musculaire, furent régulièrement continuées. Trois semaines après, elle se levait, et commençait à marcher, mal d'abord et appuyée sur deux béquilles, puis d'une façon plus satisfaisante.

Ici encore, il n'y avait que les *apparences de la coxalgie*, et, au premier aspect, la situation semblait beaucoup plus grave qu'elle ne l'était en réalité : elle avait semblé telle, durant de long mois, et la thérapeutique, qui avait été basée sur cette hypothèse, n'avait pu qu'aggraver jusqu'à un certain point l'état local, en créant des rétractions capsulaires, du fait même de l'immobilisation prolongée. D'ailleurs, les faits de ce genre sont de notion classique : il est rare seulement qu'ils se présentent avec les caractères d'acuité et de ténacité qu'ils avaient revêtus chez notre malade.

III. — Je passe, et je viens à *une autre variété de fausse coxalgie*, d'observation fréquente aussi. Je ne saurais vous donner de meilleur exemple que celui de ce jeune cordonnier de 23 ans, que nous avons opéré le 27 janvier dernier. Jusqu'à l'âge de 21 ans, il n'avait jamais été malade, il n'avait eu ni adénites, ni abcès, ni aucun de ces accidents qui signalent si souvent l'adoles-

cence des strumeux : à ce moment, soldat au 4e zouaves, à Tunis, il commença à ressentir des douleurs dans la cuisse et dans la hanche droites, la marche devint de plus en plus pénible, et il fut obligé de s'hospitaliser. On porta successivement le diagnostic de sciatique et de coxalgie, et, au bout de quatre mois, il fut renvoyé dans sa famille. Peu après, un gros abcès se développait à la face antéro-interne de la cuisse, à peu de distance du pli génito-crural, s'ouvrait spontanément, et restait fistuleux. Admis de nouveau dans un hôpital, notre malade y gardait le lit deux mois : le diagnostic de coxalgie avait été confirmé, et un second abcès, qui s'était montré à la face antéro-externe du membre, avait été ouvert, et, comme le premier, avait laissé un trajet fistuleux.

Dans cet état, avec ses deux fistules et sa hanche raide, incapable de continuer son métier de vigneron, il vient à Paris pour se faire cordonnier; mais les douleurs persistent, la marche n'est possible qu'avec deux béquilles, et les trajets fistuleux, fermés un moment, se rouvrent bientôt.

Il entre alors salle Michon, et, à première vue, l'*idée qui se présente est celle d'une coxalgie suppurée*. Le membre est amaigri, la hanche épaissie et tuméfiée : la pression réveille une douleur vive en avant, en arrière et sur le grand trochanter, les mouvements volontaires sont à peu près nuls, et, *dès qu'on plie la cuisse, le bassin se soulève*; l'abduction est impossible. Deux orifices fistuleux, rougeâtres et encerclés d'une collerette de peau amincie, s'ouvrent, l'un en dedans, l'autre en dehors du triangle inguinal, très haut, et leur trajet ascendant paraît remonter vers l'articulation. — Pourtant, si, prenant la cuisse au-dessus du genou et la fléchissant un peu, vous cherchez à exécuter des mouvements de rotation en dedans et en dehors, vous constatez sans peine que la *tête fémorale roule dans le cotyle, dans l'un et l'autre sens, sans obstacle, sans douleur* : l'article lui-même est donc indemne et l'exploration complète des deux trajets fistuleux achève de nous le démontrer. Le stylet, introduit dans la fistule externe, vient heurter, à une profondeur de 6 centimètres à peu près, la surface du grand trochanter, qui ne paraît pas complètement à nu, mais recouverte d'une croûte de fongosités; par la fistule interne, le stylet est conduit, en dedans et en arrière, à 4 centimètres, sur la branche ischio-pubienne, elle aussi, épaissie et fongueuse, sans être dénudée. Ni

l'un ni l'autre des deux trajets ne reconnait une origine articulaire.

En résumé, nous avions affaire à deux foyers d'*ostéite tuberculeuse para-coxale*, ostéite *du grand trochanter*, ostéite de la *branche ischio-pubienne*, sans que la hanche elle-même fût intéressée. Là encore, il y avait *des signes de coxalgie, sans coxalgie*. L'intervention opératoire vint confirmer ces conclusions de l'analyse clinique : sous le chloroforme, la hanche se prêta à des mouvements étendus de flexion, d'abduction, de rotation et l'on put se convaincre qu'elle était totalement indemne : les deux fistules conduisirent sur les deux foyers osseux, qui furent évidés: aucune diverticule ne se dirigeait du côté de l'articulation.

Voilà donc un exemple très net de ces *ostéites tuberculeuses juxta-articulaires*, qui, tout en simulant, au moins par un certain nombre de traits cliniques, la tumeur blanche de l'articulation voisine, sont susceptibles de rester longtemps sur leur terrain d'origine, de ne progresser que lentement vers l'articulation, qui ne se laisse envahir qu'à une échéance tardive.

Les faits de ce genre ne manquent pas, non seulement à la hanche, mais à l'épaule, au coude, et l'histoire d'un homme de quarante ans, que vous avez vu récemment dans le service, est, à cet égard, fort instructive. — En février 1893, il vient me trouver, à l'hôpital Necker, pour une petite tumeur rétro-olécranienne du coude gauche, tumeur aplatie, mollasse, peu douloureuse, et qui était apparue, dans les derniers mois, à la suite d'une chute: notre homme était pâle, un peu maigre, fatigué, il avait eu une bronchite prolongée l'année précédente : je pensai d'abord à un hygroma tuberculeux de la bourse rétro-olécranienne; l'olécrâne lui-même n'était ni épaissi, ni douloureux. Le malade se refusant à une intervention sanglante, je soumis d'abord la petite nappe fongueuse aux injections de chlorure de zinc : elle parut s'indurer et se rétracter, mais sa partie centrale n'en devint pas moins nettement fluctuante, s'ouvrit et laissa une fistule. Je pratiquai alors un curettage de toute la bourse séreuse, sous laquelle je trouvai l'olécrâne bien recouvert; et, au bout de deux mois, tout était cicatrisé.

Cependant, en septembre, je revoyais mon malade, avec une nouvelle fistule, qui, cette fois, me conduisit sur l'os à nu. Nouvelle intervention : j'extirpai un séquestre mou et spongieux qui

occupait *les deux tiers environ de l'olécrâne*, et j'évidai l'apophyse. de telle sorte qu'elle était *presque réduite à sa coque périphérique*. Malgré cela, le coude lui-même était absolument intact, il jouissait de tous ses mouvements, et la mince barrière, représentée par le cartilage d'encroûtement de la grande cavité sigmoïde, doublé d'une frêle lamelle d'os encore sain, avait suffi à arrêter jusqu'alors le processus tuberculeux.

En avril, notre homme nous revenait encore : son coude restait indemne, bien qu'une étroite fistule rétro-olécranienne fournît encore un léger suintement; mais un énorme bubon strumeux avait paru, depuis deux mois, dans l'aisselle : il la remplissait tout entière, et se prolongeait au-dessous du grand pectoral. Le 19 avril, j'en pratiquai l'ablation, qui ne laissa pas que d'être laborieuse; il me fallut remonter très haut et disséquer sur une grande longueur les gros vaisseaux axillaires. A voir cette masse ganglionnaire et ses prolongements, on eût porté volontiers les plus sombres pronostics; pourtant, notre opéré, cette fois encore, a bien guéri; et, si je puis dire, il attend maintenant sa prochaine tuberculose externe. Quant à son coude, il est toujours intact. — N'est-il pas étrange de voir ce *foyer tuberculeux olécranien envahir et ronger toute l'apophyse, se prolonger jusqu'aux extrêmes confins de l'article voisin, sans y pénétrer*, alors que dans l'aisselle, un nouveau foyer, un foyer ganglionnaire, se développe et acquiert très vite une extension considérable.

Je reviens à la hanche, et je vous rappelle que mon maître Le Fort, dans une clinique de 1890[1], avait décrit, sous le nom de Trochantérite, les faits d'ostéite tuberculeuse du grand trochanter, qui donnent parfois *toutes les apparences de la coxalgie*, alors qu'en réalité le *processus est exclusivement trochantérien*. Il n'est pas sans importance pratique d'attirer l'attention sur ces ostéites para-coxales, qui demandent, pour être bien reconnues, un examen complet et une analyse soignée. L'exploration des trajets fistuleux, s'il en existe, la conservation des mouvements de rotation de la tête fémorale, et de presque tous les mouvements, au moins dans une large mesure, sous le chloroforme, l'absence de raccourcissement et de ces attitudes fixes qui caractérisent les étapes successives de la coxalgie vraie : tels sont les principaux éléments

1. De la Trochantérite. *Semaine médicale*, 1890, p. 491.

du diagnostic. Il est évident que ce dernier signe perd beaucoup de sa valeur, lorsqu'on ne voit les malades qu'après une longue période, et lorsque, pris pour des coxalgiques, ils ont été longtemps soumis à l'extension continue; le chloroforme devient alors nécessaire pour aboutir à une conclusion certaine.

IV. — Je vous entretenais, il y a quelque temps, à l'occasion des formes graves de l'ostéomyélite, de ces *pseudo-tumeurs blanches ostéomyélitiques*, que M. le professeur Tillaux a depuis longtemps signalées, et je vous en citais plusieurs exemples, au coude et au genou. A la hanche, elles existent aussi : elles figurent si bien la coxalgie, que, maintes fois, le diagnostic ne s'est révélé que plus tard, après la guérison, par le fait même de sa rapidité relative et de sa permanence. Dans un mémoire récent, M. Bruns (de Tübingen)[1], étudiant les résultats éloignés du traitement conservateur dans la coxalgie, insiste sur ce fait, que « les cas de coxite consécutive à l'ostéomyélite infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur sont beaucoup plus fréquents, qu'on ne l'a admis jusqu'ici », et l'anatomie de la hanche, les rapports du col, presque tout entier intra-capsulaire, expliquent bien la fréquence de cet envahissement secondaire de l'article.

Cette *fausse coxalgie ostéomyélitique* est susceptible d'affecter un début insidieux et une marche chronique, tout comme la coxalgie, et l'on conçoit qu'il en résulte des difficultés d'interprétation presque insurmontables. C'est par son évolution, c'est par son dénouement, que se reconnaît alors l'affection. Et M. Bruns indique comme signes différentiels : l'état des séquestres, des grands séquestres corticaux, blancs, durs et compacts; les cicatrices profondément déprimées et adhérentes à l'os, le raccourcissement considérable de la cuisse, entravée dans son développement, les poussées ultérieures d'ostéomyélite prolongée et les récidives à longue échéance. Ici encore, pourrait-on ajouter, les attitudes caractéristiques de la coxalgie ne se retrouvent pas. Toujours est-il que cette fausse coxalgie ostéomyélitique est, en somme, de pronostic autrement bénin que la coxo-tuberculose; et M. Bruns retranche de sa statistique 50 cas, qui rentrent dans cette catégorie, et qui, rangés d'abord dans le groupe des coxalgies, mon-

1. '. Bruns. *Über die Ausgänge der tuberkulösen Coxitis bei konservativen Behandlung. Beiträge zur klin. Chir.* Bd. XII, I, 1894, p. 235.

trèrent plus tard que leur nature réelle était tout autre. Ce nombre seul suffit à prouver, qu'il ne s'agit pas là d'une rareté clinique, mais de faits utiles à bien connaître, pour tous les praticiens.

V. — Les difficultés d'interprétation sont parfois plus délicates encore, et cela surtout, pour les stades initiaux de la coxalgie. Les *affections des bourses séreuses péri-coxales*, de la grande bourse *sous-ischiatique*, en particulier, s'entourent parfois d'un cortège de symptômes bien faits pour en imposer. Une superbe jeune fille de 25 ans se met à boiter, elle accuse de vives douleurs dans la hanche gauche; la cuisse est un peu fléchie et ne se laisse pas étendre, l'abduction est douloureuse et provoque une contracture très pénible des adducteurs : on prononce le mot de Coxalgie au début, et quelques antécédents de famille ne sont pas sans donner plus de vraisemblance à ces craintes. Un examen plus complet permet de constater ce qui suit : l'articulation elle-même n'est pas douloureuse, le mouvement de rotation, exécuté avec douceur et sur place, s'accomplit sans peine; c'est à la partie inférieure de la fesse, *au fond du pli fessier, sous la tubérosité ischiatique*, que la pression réveille une vive sensibilité, et, dans les mouvements de la cuisse, on sent très bien, à ce niveau, un *froissement sec, grenu*, qui se perçoit sur toute la surface de la tubérosité. Il se passe dans la bourse sous-ischiatique, il indique une synovite sèche, d'origine probablement rhumatismale, car il s'est déjà produit, à diverses époques, quelques accidents de même nature. De fait, après un traitement fort simple, dont le massage et les douches sulfureuses faisaient le fond, et une saison d'eaux, tout disparut; la fausse coxalgie s'était dissipée, avec les contractures péri-coxales que provoquait l'inflammation de la bourse séreuse.

Voilà donc une série de faits — et il ne serait pas malaisé d'en grossir le nombre — dans lesquels l'aspect clinique rappelait d'assez près celui de la coxalgie pour justifier, de prime abord, quelques hésitations; et ce diagnostic, si simple en théorie, si clair, si bien ordonné, se présente quelquefois, en pratique, sous des traits tout différents. Il est bon, me semble-t-il, d'insister sur ces cas difficiles, sur ces formes d'apparence similaire, non point

cuser les erreurs, mais pour mieux montrer la nécessité amen complet et minutieux, et d'une discussion appro- le tous les symptômes, même dans les affections de la la plus classique. Ici encore, vous trouverez toujours, dans emble, quelque signe discordant, quelque indice anormal : cette anomalie qu'il faudra vous attacher, suivant la recom- ion de Nélaton, car c'est elle qui, soigneusement poursuivie interprétée, vous mènera au diagnostic.

VIII

TRAITEMENT DES FRACTURES ANCIENNES DU COL DU FÉMUR

Fracture ancienne du col fémoral datant d'un an : impotence complète. — L'avenir fonctionnel des *fracturés du col du fémur*; causes fréquentes de l'impotence : absence de réunion des fragments. — Ostéophytes et hyperostoses péri-cervicales et péri-trochantériennes. — Exemples. — Le traitement applicable à quelques-unes de ces fractures anciennes : résection orthopédique de la hanche. — Résultats de la résection chez notre malade.

Messieurs,

Un homme de 47 ans, marchand des quatre saisons, petit et d'aspect malingre, entrait salle Michon, le 10 février dernier, pour une déformation de la hanche gauche, compliquée d'impotence du membre inférieur correspondant. Les accidents remontaient à plus d'une année, et n'avaient succédé à aucun traumatisme : pas de coup, pas de chute, le malade était très affirmatif sur ce point, et tous nos efforts pour réveiller un souvenir lointain, toutes nos questions ne provoquèrent jamais que la même réponse négative.

Voici ce qu'il racontait : depuis un an, à peu près, il ressentait dans la hanche et dans la fesse gauches, des douleurs vives, qui s'exaspéraient par la marche et par la station prolongée. A quoi attribuer ses douleurs, il n'en savait rien. Comment avaient-elles commencé? Il n'en savait guère plus, aucun incident marquant n'ayant signalé leur début. Il y a six mois, notre homme montait un escalier, portant sur son épaule un lourd fardeau : à mi-chemin, il ressent une violente douleur dans sa hanche, il s'arrête, laisse tomber son sac, et se voit contraint de redescendre lentement en se tenant à la rampe et au mur. Depuis lors, le travail lui est devenu impossible; il ne marche plus qu'avec deux bâtons, et sa jambe gauche est plus courte. Il se traîne ainsi jusqu'à ces jours derniers, mais l'impotence ne fait que s'aggraver, et il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Debout, il ne se soutient qu'avec deux cannes : il s'avance lente-

ment, en sautillant sur le pied sain; chaque foulée sur le pied gauche est suivie d'un élancement très pénible dans la hanche. Cette hanche est plus grosse que la droite, malgré l'amaigrissement et l'atrophie, très apparente, des muscles; elle dessine un *relief anormal en dehors et en arrière*; la cuisse est amaigrie. Le *raccourcissement* dépasse 4 centimètres le membre est *renversé sur sa face externe*, et le malade est impuissant à le ramener dans la rectitude, sans tourner un peu son bassin. Couché sur le dos, il plie légèrement la cuisse de 10 à 15 degrés environ, et c'est tout ce qu'il peut faire; avec la main, on obtient une flexion un peu plus étendue, du double à peu près, et une abduction encore plus restreinte; la rotation est elle-même limitée, et surtout la rotation en dehors; pourtant, en cherchant à exécuter ces divers mouvements, et surtout le dernier, on se rend compte que *la tête fémorale tourne bien dans le cotyle*, sans frottement, et que l'arrêt et l'obstacle sont plus extérieurs.



Fig. 48. — Fracture ancienne du col du fémur gauche.

Le sommet du grand trochanter est remonté de 2 cent. et demi environ au-dessus de la ligne de Nélaton : ses faces antérieure et externe paraissent à peu près normales: mais, en arrière, il est considérablement déformé; *son bord postérieur est occupé par un épaississement irrégulier*, qui se prolonge, en dedans, jusqu'au bord correspondant du cotyle, en dessous,

presque jusqu'à l'ischion. Cette masse se déplace avec l'extrémité supérieure du fémur, dont elle fait évidemment partie.

Raccourcissement, rotation en dehors du membre inférieur, légère ascension du grand trochanter, épaissi et déformé, tête fémorale en place : tels étaient les éléments précis de diagnostic que nous avait fournis l'exploration. La conclusion s'imposait : il s'agissait d'une *fracture ancienne du col du fémur*, et, à considérer l'épaississement et l'ascension du grand trochanter, et l'étendue du raccourcissement, il y avait tout lieu de croire à une fracture extra-capsulaire, ou tout au moins à l'une de ces variétés mixtes, où le trait de brisure, tout en pénétrant dans l'articulation elle-même, détache le col à peu de distance de son implantation trochantérienne. La détermination précise de la variété, assez difficile au bout d'un temps déjà long et au milieu des déformations secondaires, n'avait, en l'espèce, qu'une importance restreinte.

Un point restait obscur : l'étiologie de cette fracture du col, qui ne relevait (au moins d'après l'interrogatoire le plus minutieux) d'aucun traumatisme antérieur. Fallait-il admettre une fracture par arrachement musculaire, comme on en a donné quelques exemples, et qui aurait succédé à un violent effort, pendant que notre homme, pesamment chargé, montait son escalier? Fallait-il croire que le col, miné et raréfié par un travail déjà ancien, s'était, en quelque sorte, effondré et tassé? Et les douleurs qui, depuis six mois, se faisaient sentir à la hanche, étaient-elles l'indice de cette altération lentement progressive? Nous n'étions pas à l'âge de la raréfaction sénile, à 47 ans; quant au tabes et à la syphilis, l'examen le plus complet ne nous en fit découvrir aucun stigmate. La pathogénie ne laissait donc pas que d'être un peu hypothétique, mais les lésions n'en étaient pas moins nettes, l'impotence moins complète, et, ajouterai-je, la nécessité d'une intervention moins urgente.

Mais quelles étaient les *causes anatomiques de cette impotence*? A quelles *tentatives opératoires* devions-nous recourir?

Ce serait faire un travail un peu aride, mais aussi très intéressant, que de rechercher le sort ultérieur des « fracturés du col fémoral », et d'établir, sur des documents précis, le pronostic d'avenir. L'observation journalière n'est guère de nature à nous donner

des illusions : nous avons affaire, presque toujours, à des sujets d'âge déjà avancé, que leur accident immobilise au lit, jusqu'à la mort; on sait combien la pneumonie hypostatique, les eschares, et toutes les complications du décubitus sont fréquentes, en pareil cas. Et, ici encore, si le traitement « ambulant » des fractures, tient toutes ses promesses, il aura rendu les plus grands services. Alors même que le malade franchit cette première période dangereuse, et qu'il se relève, il reste, presque toujours, un impotent. Pourquoi?

L'analyse des faits permet de reconnaître plusieurs causes à ces désordres fonctionnels persistants : 1° *l'atrophie musculaire*; 2° *les raideurs articulaires de la hanche*; 3° *l'absence de consolidation du col fracturé*; 4° *le travail d'ostéite hypertrophiante qui se développe autour du foyer de fracture, et les déformations qui procèdent de ces hyperostoses.*

Vous savez quelle est d'ordinaire la rapidité de la *parésie musculaire et de l'atrophie consécutive*, dans les traumatismes de la hanche. Une simple contusion de la région trochantérienne suffit souvent à provoquer cet état d'affaissement et d'atonie des pelvi-trochantériens, du psoas, du triceps lui-même, dont la ténacité est désespérante. Je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer, en passant, que l'atrophie post-traumatique, à ce degré d'extension et de gravité, suppose autre chose peut-être qu'une contusion simple, et que des *fissures trochantériennes*, des fractures du col, engrenées et sans déplacement, peuvent servir de substratum méconnu à ces désordres fonctionnels. Toujours est-il que, surtout chez le vieillard, l'atrophie musculaire joue son rôle, et un rôle important. Elle existe bien chez notre malade, qui, lui, n'est pas un vieillard, mais son intensité ne dépasse pas une certaine limite; les muscles péri-coxaux, pour amincis qu'ils soient, se contractent bien et réagissent sans peine; il est évident que les lésions fondamentales sont ailleurs, et que la musculature se prêterait, plus tard, à une restauration suffisante.

Ici encore, l'articulation elle-même n'est que peu intéressée; les raideurs ne viennent qu'au second plan, et la résistance aux mouvements est d'origine tout autre. C'est, à proprement parler, une *résistance osseuse*; l'état du col et des déformations secondaires nous en fournira l'explication.

Il est de notion vulgaire que, dans les fractures intra-capsulaires du col, la consolidation osseuse manque souvent, et je vous fais grâce de toutes les théories qui ont été émises à ce sujet. Quelle que soit la cause qui entrave la formation du cal, le fait est bien établi, et l'examen de la plupart des pièces, qui garnissent les musées ou qu'on rencontre, de temps en temps, aux autopsies, en témoigne suffisamment. Qu'il y ait des exceptions, je le veux bien : il n'en est pas moins vrai que, très souvent, le fragment interne reste séparé du fragment trochantérien. Cela ne veut pas dire que la mobilité persiste entre eux, et qu'aucune jetée osseuse, qu'aucune soudure périphérique ne les réunisse l'un à l'autre : d'ordinaire, il en va tout autrement, et voilà pourquoi l'on peut croire, en clinique, à un cal, à une réunion complète, alors qu'en réalité, la disjonction inter-fragmentaire ne s'est nullement comblée. Gosselin, dans ses Cliniques, en donne un exemple de grand intérêt; une femme âgée est soignée, à la Pitié, pour une fracture du col du fémur, par l'extension continue; elle guérit très bien, elle se remet à marcher, et ne boite presque pas. C'est une guérison parfaite, et tout fait penser que la consolidation a été complète et régulière. Quelques années plus tard, la malade vient mourir à l'Hôtel-Dieu, et, à l'autopsie, on découvre qu'il n'existait aucune espèce de cal, que les deux fragments du col fémoral étaient restés mobiles, et qu'il n'y avait entre eux qu'une simple pseudarthrose. Toujours est-il qu'ici, malgré la disjonction des fragments, la malade marchait aussi bien que possible.

Ceci est loin d'être la règle, et, d'ordinaire, l'absence de consolidation entretient les douleurs et joue certainement son rôle dans le développement des *jetées ostéophytiques*, dont nous allons maintenant parler. Si le cal est à peu près constant dans les fractures extra-capsulaires, où le col pénètre et s'enfonce, comme une sorte de coin rigide, dans le centre spongieux du grand trochanter, vous comprenez que ce foyer de fracture comminutive soit tout prêt à devenir le siège d'un travail d'*ostéite hypertrophiante secondaire*.

Les lésions de cet ordre sont d'observation presque générale, dans les fractures anciennes du col, et la part qui leur revient dans la pathogénie des désordres fonctionnels mérite d'être signalée. Ces pièces du musée Dupuytren vous montreront quels peuvent être l'étendue et le volume de ces végétations ostéophytiques. Tantôt elles semblent développées autour du grand trochanter, qui

sert, en quelque sorte, de centre à leur irradiation : elles l'engainent, elles figurent à sa surface, en dehors, en dessous, en haut, une épaisse croûte osseuse, irrégulière, bosselée, compacte ; ailleurs, elles s'étendent autour du col, l'encerclent, et, de là, se prolongent en pointe presque jusqu'à l'ischion. — Sur la pièce que voici (Fig. 49), et qui a été déposée par Jarjavay, elles enveloppent à la fois, de leurs blocs inégaux, le trochanter et le col, et remontent jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure, en formant un pont osseux, une sorte de chapiteau rigide, au-dessus de l'article et de la tête détachée. Quelle mobilité conserve une articulation ainsi déformée, je vous le laisse à penser, et je vous demande, en même temps, quels résultats positifs nous pouvons attendre, en présence de pareilles lésions, de toute autre thérapeutique que d'une intervention directe et sanglante?



Fig. 49. — Fracture intra-capsulaire du col du fémur, sans consolidation. — Ostéophytes considérables. (Pièce de Jarjavay, 1869. — Musée Dupuytren, n° 199, A.)

Nous avions là l'explication de cet épaississement considérable du grand trochanter, que nous avions relevé chez notre malade, et du bloc ostéophytique, que nous sentions, sur le bord postérieur de l'apophyse, et derrière le col. Or, l'examen des pièces démontre que *ces végétations secondaires sont surtout développées autour des fractures non consolidées*, et nous avions lieu de croire, par conséquent, que nous allions rencontrer, combinés, les deux ordres de lésions.

Cette étude et ces réflexions nous dictaient la conduite à suivre. Notre malade n'avait que 47 ans, il était infirme : il y avait un intérêt majeur à tenter une opération réparatrice.

Nous l'avions, du reste, endormi, pour analyser plus complètement l'état de la hanche, et nous nous étions convaincus que, même sous le sommeil chloroformique, tous les mouvements, et spécialement la flexion et l'abduction, demeuraient fort limités, et qu'ils semblaient arrêtés, à chaque tentative, par une résistance osseuse, par le heurt de la masse cervico-trochantérienne contre les bords du cotyle ou la partie correspondante de l'os iliaque; de plus, quelques gros craquements semblaient confirmer l'existence de la non-consolidation des fragments.

Que faire? un seul parti nous parut rationnel : *traiter cette fracture articulaire ancienne comme une luxation ancienne*[1], *faire une résection large de la hanche.*

Je pratiquai l'opération le 21 février. Une longue incision curviligne nous conduisit sur le grand trochanter : *son bord postérieur était doublé d'une masse osseuse, épaisse et compacte, qui descendait, en pointe, presque jusqu'au contact de la tubérosité ischiatique, et s'étendait, en dedans, jusqu'à peu de distance du bord correspondant du cotyle*; il me fallut d'abord la dénuder, puis la faire sauter, par fragments, au ciseau et au maillet. L'articulation et le foyer de la fracture devinrent alors accessibles, et je constatai que la tête fémorale et un court segment du col, détachés du reste de l'extrémité supérieure par un trait de fracture irrégulier et à peu près vertical, étaient restés *complètement isolés*; qu'il n'y avait aucune trace de soudure osseuse entre les deux fragments; et que la jetée ostéophytique rétro-trochantérienne, que je venais de détruire, et quelques tractus osseux accolés aux deux bords du col, représentaient seuls une ébauche de réunion.



Fig. 50. — Tête fémorale extraite au cours de la résection.

Je séparai largement les deux fragments, et je me mis en devoir d'extraire la tête fémorale du cotyle, ce qui se fit sans trop de difficultés. Je vous la présente (Fig. 50). Le col fut alors arrondi et mo-

1. Voy. Ricard, *Soc. de Chirurgie*, 21 mai 1890.

u ciseau, toutes les végétations osseuses soigneusement enle-
et ce large foyer opératoire tamponné à la gaze iodoformée; la
fut suturée partiellement, et l'extension continue immédiate-
installée.

suites de l'intervention furent très simples; au premier

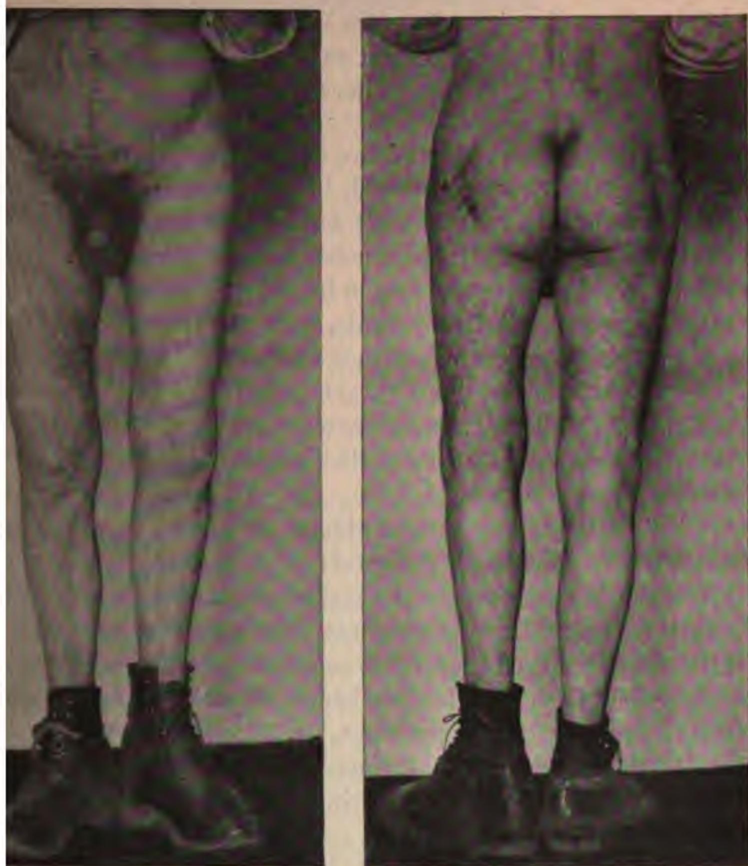


Fig. 51 et 52. — Résection de la hanche gauche,
r une fracture ancienne non consolidée du col fémoral. — Résultats définitifs.

ement, le 5 mars, la réunion était assurée dans toute l'étendue
partie suturée : le fond de la plaie bourgeonna rapidement
e tarda pas à se combler. A la fin du mois, la guérison était
plète, l'extension continue était supprimée, et l'on commençait
umettre la hanche à une mobilisation méthodique. Peu de

temps après, le malade commençait à se lever; il est resté plusieurs mois dans le service, s'exerçant progressivement à la marche, abandonnant l'une après l'autre ses béquilles, puis sa canne : il ne souffre plus, il marche sans fatigue et ne conserve qu'une claudication peu accusée, moins apparente encore, grâce au port d'un soulier à semelle épaisse, qui compense le raccourcissement du membre, d'environ 5 centimètres (Fig. 51 et 52). Depuis sa sortie, il a repris régulièrement son travail. Il apprécie largement le bénéfice qu'il a tiré de l'intervention.

Je n'ai, Messieurs, qu'un autre exemple à vous donner : celui qui a été publié, en 1891, par M. le D[r] Reynier. Il s'agissait d'une jeune fille de 24 ans, impotente depuis deux ans, à la suite d'une chute. La déformation de la hanche avait fait penser à une luxation iliaque, irréduite. On trouva une fracture du col, non consolidée : on ne put extraire la tête fémorale, qu'après avoir réséqué le grand trochanter. La guérison eut lieu sans incident, et l'opérée fut présentée à la Société de chirurgie : elle marchait bien, avec une bottine à semelle épaisse; le raccourcissement était de 5 centimètres, et tousles mouvements du fémur sur le bassin étaient conservés[1].

Le résultat que nous avons obtenu chez notre opéré me semble aussi très encourageant, et je crois qu'il y a là une nouvelle classe « d'estropiés », que la chirurgie réparatrice peut guérir, si toutefois leur âge autorise encore une intervention sanglante. Et je dirai simplement en matière de conclusion :

Dans certaines fractures anciennes du col du fémur, qu'elles soient intra ou extra-capsulaires, la *non-consolidation des fragments* et les *jetées ostéophytiques*, de volume souvent énorme, représentent les deux causes principales de l'impotence fonctionnelle;

Chez les sujets encore jeunes, *il est indiqué de traiter ces fractures anciennes comme des luxations anciennes*. Là encore, la résection large de la hanche, l'extraction de la tête fémorale détachée, l'excision des ostéophytes, le modelage du col, sont susceptibles de fournir, grâce à une mobilisation ultérieure activement poursuivie, un excellent résultat définitif.

1. P. Reynier : Résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture du col non consolidée. *Soc. de Chirurgie*, 3 juin 1891.

IX

LES ABCÈS PROFONDS DE LA CUISSE

Les tumeurs profondes, fluctuantes, de la cuisse : collections hématiques anciennes. — Sarcomes mous. — Lipomes. — Abcès. — Les différentes variétés d'abcès profonds de la cuisse : 1° abcès par diffusion, succédant aux arthrites suppurées du genou; 2° abcès d'origine lymphangitique; 3° abcès ostéomyélitiques; 4° abcès froids succédant, *a.* à la tuberculose musculaire, *b.* à l'ostéite tuberculeuse, quelquefois très localisée, du fémur. — Exemples et discussion. — Intervention opératoire.

Messieurs,

Un phlegmon par diffusion de la cuisse, une collection purulente sous-cutanée, une série d'abcès lymphangitiques, sont d'un diagnostic aisé; il en va tout autrement des *collections profondes.*

Le malade que voici en est un exemple. C'est un garçon boucher de 17 ans, de belle santé, en apparence, bien bâti, bien musclé. Son père est mort à 33 ans, « d'un chaud et froid », sa mère à 32 ans; elle avait, nous dit-il, « le poumon gauche attaqué ». Lui-même n'avait jamais été malade jusqu'à l'année dernière : il est resté, alors, trois mois à l'hôpital Tenon, pour une affection pleuro-pulmonaire.

Il y a deux ans et demi, il reçut un coup de pied de cheval à la face externe de la cuisse gauche, et dut s'aliter durant quelques jours; mais l'accident n'eut pas d'autres suites. Depuis un mois, il souffre de nouveau de sa cuisse, il a des crampes, des tiraillements dans les masses musculaires, la marche est gênée, le travail difficile.

Voyez la cuisse gauche : *à la face antéro-externe, un relief ovalaire se dessine*, peu accusé, en réalité, et qui frappe surtout, lorsque l'on compare les deux membres : il remonte jusqu'au grand trochanter, et descend un peu plus bas que le milieu. La peau est de coloration normale, elle est un peu tendue, mais reste mobile : il n'y a pas d'œdème. On sent, à la main, une tumeur profonde, de même forme, de consistance tout d'abord assez ferme, mais où

l'on retrouve, avec un peu d'attention, une fluctuation bien nette : elle est seulement très tendue. Cette tumeur est douloureuse à la pression, et surtout à sa partie supérieure, et il semble bien que ce soit surtout au niveau de la racine du grand trochanter, et, en dedans, à même hauteur, que la sensibilité soit le plus accusée. Je dis : il semble, parce que la collection remonte jusque-là, et que, par le fait de sa tension, la pression directe, sur l'os, devient difficile. Vous pouvez constater, de plus, avec moi, que les mouvements de la hanche sont tout à fait normaux, et que, très certainement, l'articulation coxo-fémorale est indemne; au genou, la flexion un peu forcée est douloureuse et ne peut se compléter, et cela s'explique, sans doute, par la traction exercée sur le triceps. lui-même fortement soulevé par la tumeur profonde.

A quelle affection avons-nous affaire?

Vous savez que toute une série de maladies locales sont susceptibles de revêtir, à la cuisse, de pareils caractères.

Ce sont d'abord les *épanchements sanguins.* — Il n'est pas rare que ces collections hématiques « s'éternisent », qu'elles s'enkystent et restent des mois et des mois sans se résorber, ou encore, qu'après une longue période de latence, elles se prennent à grossir tout à coup. En voilà un exemple, que je trouve dans une thèse déjà ancienne[1], mais que je tiens à vous citer, parce qu'il est très caractéristique. Il s'agit d'un malade de M. Labbé, qui remplaçait alors, en 1873, le professeur Gosselin : ce malade avait eu une contusion de la cuisse gauche, *dix ans auparavant*, et il avait conservé, depuis lors, une petite tumeur à ce niveau : depuis un an, la tumeur grossissait, elle avait acquis un volume énorme, et mesurait 25 centimètres dans son diamètre vertical et 10 centimètres dans son diamètre transversal, elle occupait, comme ici, la région antéro-externe de la cuisse. Elle s'ulcéra à son extrémité inférieure, et donna issue à une grande quantité de liquide séro-sanguin et de caillots; M. Labbé l'ouvrit largement, et trouva la poche tapissée d'une sorte de membrane grisâtre, et semée de petites tumeurs hématiques. — J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, pendant l'été dernier, un homme déjà âgé, qui, contusionné par le passage d'une roue de voiture, portait au devant de la cuisse droite une

1. Bésaucèle. *Étude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané.* — *Th. de doct.* 1874. Obs. I.

grosse tumeur sanguine, allant du grand trochanter au condyle, fluctuante, indolente, datant déjà d'un mois et demi, ne présentant aucun indice de réaction inflammatoire, et qui, certainement, fût très longtemps restée sous cette forme, si nous ne l'avions ouverte et vidée.

Or, ces collections sanguines peuvent occuper, non seulement les plans sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, mais l'épaisseur même des muscles, ou encore cette *large zone décollable, sous-tricipitale,* qui enveloppe la face antérieure du fémur, et qui paraît toute faite pour servir de poche aux collections liquides.

Pourtant, si nous trouvons dans l'histoire de notre malade un traumatisme d'une certaine importance, et qui a porté, l'interrogatoire permet de s'en assurer, sur la région même où siège aujourd'hui la tumeur, nous ne devons oublier ni le point osseux, marqué par une douleur bien nette, ni les antécédents, qui ne sont pas sans une grande valeur clinique : et, tout en tenant compte des surprises que donnent parfois ces collections hématiques profondes de la cuisse, nous aurons recours à une autre interprétation.

C'est encore pour cette double raison, la *douleur osseuse localisée*, et les *antécédents*, que je ne crois pas au *sarcome mou*, ce protée qui peut revêtir toutes les formes extérieures, et auquel il faut toujours penser, en présence d'une tumeur profonde, à développement rapide, chez un jeune sujet. *Sarcome périostique*, il s'accompagnerait, suivant toute apparence, de phénomènes douloureux autrement accusés, et, de plus, il n'aurait pas cette fluctuation complète, au moins à ses extrémités; *sarcome des parties molles*, du vaste externe, par exemple, sa surface serait plus accessible, et nous pourrions en apprécier la consistance exacte.

N'oublions pas que d'autres tumeurs, que le *lipome profond*, et spécialement le lipome diffus, en nappe, sont aussi de nature à donner le change. Huguier rapportait le fait suivant, à la Société de chirurgie, en 1857[1] : « Une jeune fille de 22 ans éprouvait des douleurs violentes à la partie interne de la cuisse, du genou et de la jambe, lorsque parurent, dans ce point, deux tumeurs molles situées l'une au-dessus de l'autre : on diagnostiqua deux

1. *Soc. de chirurgie*, 11 novembre 1857

abcès, suite d'affection osseuse, et l'on fit des onctions à la teinture d'iode, sans résultat. Ces tumeurs qui, par leur réunion, n'en formaient plus qu'une, quand Huguier l'observa, étaient souples, douces au toucher avec quelques points résistants, très douloureuses à la moindre pression. M. Huguier ayant diagnostiqué un lipome, il se décida à l'enlever au moyen d'une incision longitudinale : la pièce ressemblait assez bien à une portion d'épiploon hernié ». N'oublions pas non plus les gommes, la *myosite gommeuse diffuse*, mais il suffit, ici, de la citer pour mémoire.

Non, aucune des hypothèses que je viens d'émettre devant vous et que vous devez toujours avoir présentes à l'esprit, devant une tumeur de ce genre, aucune ne mérite d'être retenue.

C'est à une collection liquide sous-musculaire que nous avons affaire, *à un abcès profond*.

Or, ces *abcès profonds de la cuisse* se rapportent à un certain nombre de types, assez mal étudiés, d'ordinaire, que nous allons passer en revue, et parmi lesquels nous choisirons celui qui cadre le mieux avec l'affection que nous avons sous les yeux.

I. — Il y a d'abord ce que j'appellerai les abcès profonds *secondaires, abcès par diffusion succédant aux arthrites suppurées du genou, ou collections purulentes d'origine lymphangitique*. Hier, nous avons désarticulé la cuisse gauche à un malade, qui, à la suite d'un écrasement du pied et de la jambe, présentait un de ces foyers phlegmoneux illimités, en quelque sorte, qui décollent la gaine tricipitale et isolent le fémur. Dans une leçon clinique, faite ici même, en 1869, le professeur Roux comparait à un « manche à balai » l'os de la cuisse, dénudé et nécrosé, au centre de cette énorme poche suppurée.

Ce « manche à balai », nous l'avons retrouvé encore à la cuisse droite de cette pauvre femme, que nous avons amputée, il y a quelques semaines. L'étiologie, chez elle, était fort obscure. Quinze jours avant, elle avait commencé à ressentir de vives douleurs, la cuisse s'était gonflée, à sa région inféro-externe, et un vaste phlegmon s'était développé, qui, d'après la malade, avait bien 12 à 15 centimètres de hauteur. Un médecin fit une ouverture, une contre-ouverture, et passa un drain. Mais la suppuration continua, sanieuse et fétide, et le genou lui-même se tuméfia et

devint douloureux. L'état général était fort précaire : il y avait une fièvre irrégulière, une perte complète de l'appétit, une pâleur jaunâtre, de mauvais augure, des téguments. J'ouvris largement le foyer par une double incision interne et externe, et je trouvai un décollement sous-musculaire, remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, et le fémur, à nu, nécrosé sur une hauteur de 10 centimètres. L'amputation se présentait comme la ressource ultime : elle fut pratiquée deux jours après, mais la malade ne tarda pas à s'éteindre : l'infection générale était trop profonde.

Ces collections sous-musculaires peuvent succéder encore à un processus lymphangitique, dont le point de départ est à la jambe ou au pied, et contraste, parfois, par son caractère de bénignité apparente, avec la gravité de la complication secondaire. A cette pathogénie se rapportait, sans doute, le fait que voici, et que j'ai observé, ici, dans un service de médecine, il y a trois ans : il s'agissait d'un jeune enfant, de 5 ans 1/2, qui, depuis quelques semaines, présentait, à la partie inférieure de la cuisse droite, au-dessus du genou, une grosse tumeur fluctuante, douloureuse, sans que la peau ait perdu sa mobilité ni sa couleur; le genou paraissait libre et indolent, gêné seulement par le voisinage immédiat de la collection fémorale. Je fis une longue incision sur la face interne de la cuisse et je trouvai, sous le triceps, dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, bien isolé de la cavité articulaire, une abondante quantité d'un pus phlegmoneux : je l'évacuai, je lavai, je drainai, et la guérison se fit sans incident. C'était là, suivant toute évidence, un abcès sous-tricipital, ou, si vous le préférez, un hygroma aigu suppuré de la bourse sous-tricipitale, dont la pathogénie ne se comprend guère que par une infection transmise par voie lymphatique.

Il faut reconnaître que les phlegmons de la cuisse, qui répondent à ce premier type, ont revêtu, au début et pendant une période plus ou moins longue, les allures d'une inflammation aiguë. Chez notre malade, nous n'avons rien de tout cela.

II. — Mais la seconde variété des abcès profonds de la cuisse est, ici, moins improbable; je veux parler des *abcès ostéomyélitiques*, de ceux qui procèdent d'une ostéomyélite fémorale, de marche subaiguë ou chronique d'emblée. Vous savez que l'extrémité inférieure du fémur est le lieu d'élection de l'ostéomyélite, et de

toutes ses formes : vous en avez vu plusieurs exemples. Mais, pour être plus rares, les mêmes processus ne s'observent pas moins à l'extrémité supérieure. Vous remarquerez encore, que, chez notre jeune malade, la douleur locale est bien au-dessus du maximum d'amplitude de la collection purulente, qu'elle correspond assez bien, en somme, à l'épiphyse supérieure, que, de plus, le traumatisme a bien porté au même point, et vous savez que le traumatisme est un point de départ fréquent pour les inflammations osseuses de cette nature. Et même l'évolution lente, apyrétique, peu douloureuse de la maladie ne parlerait point contre cette hypothèse : nous avons eu l'occasion d'observer ensemble, plusieurs fois, ces formes chroniques et insidieuses de l'ostéomyélite.

De fait, à voir le bel aspect de notre jeune sujet, c'est à cette interprétation que nous avons pensé tout d'abord. Mais il y a les antécédents héréditaires, il y a les antécédents personnels, représentés par cette affection pleuro-pulmonaire, qui traîna trois mois l'an dernier. J'ajouterais bien qu'on a trouvé une légère diminution du murmure respiratoire au sommet gauche, mais nous avons assez d'éléments de discussion, sans recourir à des signes peu certains. Et puis, en réalité, la marche a été bien froide, bien torpide, pour être celle d'une ostéomyélite, même chronique d'emblée, la douleur osseuse correspond à une zone relativement étroite, et nous savons que cette variété d'ostéomyélite insidieuse crée d'ordinaire des lésions osseuses très étendues, des nécroses centrales importantes, un épaississement hyperostosique de la région juxta-épiphysaire[1], que nous ne relevons pas ici.

Aussi, Messieurs, après avoir pesé longuement toutes les raisons, et j'estime que le cas en valait la peine, c'est à la tuberculose que je m'arrête : nous avons affaire à *un abcès froid, sous-musculaire, et probablement d'origine osseuse.*

III. — Il ne faudrait pas croire, en effet, que ces abcès froids profonds de la cuisse dérivent toujours d'une ostéite tuberculeuse du fémur. Voyez cette photographie (Fig. 53), qui est celle d'un malade d'une trentaine d'années, que j'eus à traiter salle Michon, en septembre et octobre 1891 ; la déformation de la cuisse droite ressemble de tout point à celle de la cuisse gauche de notre

1. Voy. plus haut : L'ostéomyélite chronique d'emblée.

garçon boucher : même siège à la région antéro-externe, mêmes dimensions, et, j'ajouterai, même consistance, même fluctuation. La collection s'était développée lentement, sans traumatisme, sans accidents aigus, sans aucune réaction secondaire à la hanche ou au genou. — Je fis une longue incision sur la face antéro-externe, je dus traverser le fascia lata et le vaste externe, et je trouvai un vaste abcès froid, que je vidai et dont je curettai soigneusement la poche; elle s'étendait loin au-dessous du droit antérieur et entourait la demi-circonférence correspondante du fémur, qui, d'ailleurs, en aucun point, n'était découvert : je cherchai très attentivement un point osseux, je n'en trouvai aucun, et, la paroi extirpée tout entière, il ne restait autour d'elle que le tissu des muscles voisins, dépouillés de leurs gaines et en partie détruits. Le malade guérit complètement, ce qui confirme encore l'absence d'une origine osseuse.


Fig. 53. — Abcès froid profond de la cuisse droite, d'origine *musculaire*.

C'était donc un abcès froid développé *dans les parties molles sous-aponévrotiques*, et très vraisemblablement, d'*origine musculaire*. Le fait suivant, très analogue au point de vue clinique, nous servira de vérification. Je le trouve dans un excellent mémoire de MM. O. Lanz et Fritz de Quervain[1], sur la *tuberculose des muscles*.

Un homme de 58 ans portait, à la face antéro-externe de la cuisse droite, une grosse tumeur, sous-aponévrotique, de consistance assez ferme, mobile sur le plan osseux, et qui se tendait lors de la contraction du triceps. Elle datait de quelques mois, et s'était produite au milieu de douleurs assez vives, mais sans accidents fébriles. On pensa d'abord à un sarcome, à une gomme, mais le traitement spécifique resta négatif, la masse devint fluctuante : très volumineuse, elle correspondait

1. Otto Lanz et Fritz de Quervain. *Über hämatogœne Muskeltuberkulose*. (*Archiv. f. klin. Chir.*, 1895, Bd. XLVI, I, p. 97.)

exactement au vaste externe et mesurait 25 centimètres de long et 12 à 13 de large. Une première, puis une seconde ponction ramenèrent un pus séreux, mais dont la culture ne donna pas de résultats. Une troisième fournit une nouvelle quantité de liquide, qui, cette fois, inoculé à un cobaye, provoqua une tuberculose généralisée. On pratiqua alors l'extirpation de la tumeur, qui, occupant l'épaisseur du vaste externe, se laissa isoler sans trop de peine, et l'on énucléa la masse. Vidée de son contenu, elle figurait une poche ovoïde, de 15 centimètres de long sur 10 centimètres de large, de paroi épaisse, formée de deux couches, l'une fibreuse, et l'autre fongueuse, et semée de nombreux nodules tuberculeux. Quant à son origine exacte, les auteurs conclurent de leur examen qu'elle n'était pas née dans le muscle lui-même, mais dans sa gaine, et qu'elle avait, en se développant, envahi le corps charnu.

Toujours est-il que le fait est à peu près calqué sur celui dont je vous parlais tout à l'heure, et nous savons maintenant qu'il existe, *à la cuisse, spécialement à sa face antéro-externe, des collections froides, qui ne viennent pas des os, mais qui naissent dans les parties molles, aux dépens des muscles ou de leurs gaines.*

Mais, en pareil cas, il n'existe pas de douleur locale osseuse, et même, aux premiers stades, au moins, la tumeur est mobile sur l'os sous-jacent, et son indépendance est manifeste. Nous sommes donc convaincus, que, chez notre malade, nous allons trouver une grosse collection purulente sous-tricipitale, et, plus haut, à l'extrémité supérieure de la diaphyse, au pied du grand trochanter, en dedans, peut-être, un foyer, plus ou moins étendu, d'ostéite tuberculeuse. Nous restons hésitants sur le siège précis de la lésion osseuse, pour les raisons que je vous exposais plus haut, mais il est bien certain que c'est en haut, au pourtour du cul-de-sac supérieur de la poche, qu'il nous faudra la rechercher.

Notre conduite est, en effet, toute tracée. Ouvrir largement l'abcès profond, extirper sa paroi, en poursuivre toutes les anfractuosités et tous les diverticules intra-musculaires, aller à la découverte du point osseux, et faire l'évidement nécessaire : tel est le programme, en apparence fort simple, que nous devons suivre.

Je pratiquai une longue incision sur la face antéro-externe de la

cuisse, du grand trochanter à la partie moyenne; je dus traverser successivement le fascia lata et le vaste externe dans toute son épaisseur, et je tombai dans une grande cavité pleine de pus grumeleux, et tapissée d'une membrane fongueuse. Le grand trochanter était parfaitement recouvert : ce fut en dedans et en haut que je finis par découvrir un foyer de carie, occupant *la base du petit trochanter et la partie adjacente du fémur*; je dus évider presque en entier le petit trochanter. J'extirpai toute la poche, et je laissai une mèche de gaz iodoformée dans le foyer opératoire, qui était très large: surjets séparés sur le vaste externe et sur le fascia lata.

X

LE BUBON STRUMEUX DE L'AINE[1]

Sa fréquence. Bubon strumeux secondaire (ostéites tuberculeuses et tumeurs blanches des membres inférieurs ; ulcères tuberculeux de l'anus, du gland, du prépuce, de la vulve, etc.) — Bubon strumeux d'emblée. — Bubon strumeux greffé sur une adénite vénérienne : blenno-strumeux, chancrello-strumeux, syphilo-strumeux. — Ses formes cliniques : 1° ganglions encore isolés ; 2° paquet ganglionnaire ; son siège précis : bubon massif, bubon inguinal interne, supra-inguinal : le ganglion-repère ; 3° bubon suppuré et fistuleux. — Intervention opératoire : A. l'incision suivie de curettage ; B. l'extirpation. — Difficultés spéciales de l'extirpation ; accidents possibles. — Résultats et indications.

MESSIEURS,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une affection fréquente, peu décrite, en général, dans la plupart de vos livres, et qui, par sa nature et son siège, par ses complications éventuelles et la gravité qu'elle revêt parfois, mérite toute votre attention : je veux parler du *bubon strumeux de l'aine*, autrement dit de l'*adénite tuberculeuse des ganglions inguinaux*, de ses formes diverses et de son traitement chirurgical.

Vous en avez déjà vu plusieurs exemples dans le service, et j'en ai quatre à vous présenter aujourd'hui.

Chez nos deux premiers malades, l'aine droite est occupée par une masse en relief, bosselée, qui remplit tout le triangle de Scarpa, et que recouvre une peau, de coloration normale, un peu rouge pourtant, et adhérente en dedans. Formée de noyaux agglutinés, d'une consistance ferme, fluctuante par places, la tumeur se mobilise vaguement sous les doigts et s'engage, par une sorte de pédicule, jusqu'au fond du creux inguinal. Elle est peu douloureuse, gênante seulement par son volume et son siège ; elle s'est développée peu à peu, et, depuis deux mois, elle n'a cessé de grossir.

1. Leçon publiée dans la *Presse médicale*, 26 mai 1894.

Vous pouvez constater, chez notre troisième malade, un type différent : à l'aine gauche proémine une grosse bosselure, fluctuante, rouge, un abcès froid « échauffé », auquel sert de base un gâteau épais, irrégulier, qui se prolonge jusqu'à l'arcade de Fallope. Cette gangue poly-ganglionnaire est de date ancienne : il y a un mois environ que la collection purulente s'en est, en quelque sorte, détachée.

Chez notre dernier malade, on ne découvre ni masse compacte, ni abcès froid, mais, à l'aine droite, une série de cinq à six gros ganglions, encore distincts les uns des autres, rénitents, sans être durs. A l'aine gauche, rien; mais, s'il faut en croire le patient, il aurait eu, de ce côté, dans sa première jeunesse, pareille chaîne ganglionnaire, qui, d'elle-même et lentement, aurait fini par disparaître. Toujours est-il que l'absence complète d'antécédents et de stigmates vénériens, la santé générale et les caractères objectifs de ces glandes inguinales nous font admettre, sans le moindre doute, qu'il s'agit là de la forme initiale du bubon strumeux de l'aine.

Nos quatre malades sont des hommes; trois d'entre eux ont moins de 30 ans; l'autre en a 50; et, de fait, le bubon strumeux s'observe beaucoup plus souvent *chez l'homme*, et on le rencontre surtout de *quinze à trente ans*. Vous avez pu voir, pourtant, il y a quelques semaines, chez une jeune femme, couchée au n° 1 de la salle Lisfranc, une pareille masse ganglionnaire, nettement localisée aux ganglions cruraux, et secondaire à une ancienne ostéite tuberculeuse du calcanéum.

Comment et pourquoi la tuberculose vient-elle se fixer dans ce territoire ganglionnaire de l'aine? L'histoire de nos malades nous laisse, à ce point de vue, dans une obscurité complète.

Je vous rappellerai qu'il existe un bubon strumeux *secondaire* (et la jeune femme dont nous parlions, il y a un instant, en fournissait un exemple), au cours des *ostéites tuberculeuses et des tumeurs blanches du membre inférieur*. Vous savez que, dans la tumeur blanche du genou, dans la coxalgie, un examen complet ne doit pas oublier les ganglions inguinaux; mais il est rare que ces adénopathies secondaires acquièrent un volume notable, et leur importance clinique est toujours restreinte, en regard de la lésion principale, qu'elles ne font que souligner.

Un autre type de bubon strumeux, que je ne ferai également que

citer, succède aux *ulcères tuberculeux de l'anus, du gland et du prépuce, de la vulve*, j'ajouterais de la peau du membre inférieur, si nous ne savions que l'adénopathie secondaire est relativement rare dans la tuberculose cutanée. La circoncision rituelle a donné lieu, dans un nombre assez élevé d'observations, à l'inoculation tuberculeuse du prépuce et du gland, et, maintes fois, on a vu se produire, à la suite de cette tuberculisation directe, le bubon strumeux inguinal. Hofmokl enleva des deux aines d'un enfant de dix mois, inoculé au prépuce par la salive du rabbin, 30 ganglions ramollis et caséeux, dans lesquels fut décelé le bacille de Koch : Eve (de Londres), sur un enfant de cinq mois, qui avait subi pareille manœuvre, constata, dans les deux triangles de Scarpa, une grosse tumeur fluctuante, et, sur l'un des côtés du frein, une ulcération caractéristique : il ouvrit les deux tumeurs, qui étaient remplies de matière caséeuse. Ici les masses ganglionnaires étaient apparues six semaines après l'inoculation, et, du reste, en pareil cas, l'adénopathie est d'ordinaire précoce.

Si je vous rappelle ces faits, c'est qu'ils nous font voir, avec la clarté d'une expérience, le point d'entrée, la voie de transport, le développement intra-ganglionnaire du virus. Dans nos observations journalières, le processus est moins net, et, d'ordinaire, un ou plusieurs de ses termes nous restent cachés, mais il n'est pas douteux que l'évolution, quoique plus obscure, ne suive les mêmes voies.

D'ordinaire, en clinique courante, nous voyons le bubon strumeux de l'aine apparaître *d'emblée*, sans point de départ reconnu, et, le plus souvent, on ne le découvre, et le malade lui-même ne le constate, que par hasard, quand la tumeur est déjà d'un certain volume ou qu'elle a pris accidentellement des allures aiguës ; ou bien encore il succède à une autre affection ganglionnaire, qui lui sert, en quelque sorte, de terrain, de « lit », et sur laquelle il se greffe.

Chez certains sujets, les adénites inflammatoires, simples d'abord ou d'allure simple, plus tard traînantes, fistuleuses ou longuement indurées, tournent ainsi à la tuberculose. Plus souvent encore, ce sont les adénites vénériennes qui affectent ce caractère d'hybridité. Melchior Robert avait décrit le *bubon blenno-strumeux*, produit combiné de l'adénite blennorrhagique, qui est loin d'être rare, et

de la scrofule ; Rollet et d'autres ont bien observé le *bubon strumo-chancrelleux*; et je n'apprendrai à personne d'entre vous que Ricord a fait connaitre, sous le nom de scrofulate de vérole, le *bubon syphilo-strumeux*.

Vous verrez souvent, Messieurs, le bubon du chancre mou ou de la blennorrhagie, qui semblait d'abord franc, s'épaissir, se diffuser, s'indurer, et prendre tous les caractères de l'adénite tuberculeuse. Laissez-moi vous en rapporter un exemple navrant, dont je fus témoin, ici même, il y a plusieurs années : il s'agissait d'un jeune étudiant, élève à la Pitié, chez lequel je trouvai, dans les deux aines, cette tumeur pâteuse, bosselée, adhérente, fluctuante par places et déjà fistuleuse en plusieurs points, dont nous parlerons tout à l'heure : les ganglions iliaques étaient envahis des deux côtés; le malade, amaigri, courbé, toussait déjà. Tout cela datait de quinze mois et s'était produit à la suite de trois petites ulcérations chancrelleuses de la couronne du gland, compliquées d'un bubon de l'aine droite, et, quelques jours après, d'un autre « poulain » de l'aine gauche; et le pauvre garçon, par une heureuse aberration que je n'eus garde de détruire, n'accusait que ses chancres mous et se croyait victime d'une forme anormale du bubon chancrelleux. Aussi, Messieurs, ne serai-je nullement excessif en vous disant : chez les tout jeunes gens, blonds, frêles, à peau fine, méfiez-vous du bubon chancrelleux, du bubon qui ne fait pas souffrir, qui s'abcède lentement, s'ouvre seul et se ferme mal, et qu'on retrouve ainsi, au bout de plusieurs mois, ayant changé de nom et de nature, et, cette fois, définitivement installé dans la place.

Il s'agit là, évidemment, d'*infections mixtes*, dont je ne veux pas rechercher le mécanisme intime; je n'aurais, d'ailleurs, à vous fournir que des hypothèses. Mais il n'est pas douteux que l'inflammation ganglionnaire, simple ou vénérienne, ne soit, pour les ganglions, une excellente préparation à la tuberculose.

Aussi devrons-nous toujours nous demander si, dans les faits où le bubon strumeux paraît s'être développé seul, d'emblée, il ne s'est pas trouvé, à ses débuts, quelque atteinte ganglionnaire larvée, bénigne, méconnue ou depuis longtemps oubliée. L'histoire de nos malades vous montre que, souvent, elle n'a laissé ni trace ni souvenir.

Vous avez vu, chez l'un d'eux, les glandes en chapelet *encore*

distinctes, solides et mobiles. C'est là, en effet, la *forme initiale* et aussi, ajouterai-je, la forme spontanément curable du bubon strumeux de l'aine. Chez nos trois autres patients, nous trouvons *un paquet*, un amas de ganglions soudés par une gangue épaisse, et dont l'ensemble forme tumeur: il existe, chez l'un d'eux, une collection purulente, très nette, saillante, rouge et prête à s'ouvrir; chez les deux autres, on ne sent pas de fluctuation, et, si l'on en croyait l'examen, on supposerait les ganglions encore solides et compacts. N'en croyez rien, Messieurs; dans cette forme en masse, il y a toujours du pus, il y a toujours, au centre de ces coques épaisses et qui semblent tout d'un bloc, des vacuoles remplies de détritus caséeux.

Tels sont, vous ai-je dit, les deux premiers types de l'adénite tuberculeuse de l'aine : ganglions isolés, rares ou nombreux ; ganglions agglomérés, en paquet. Le plus souvent, alors, la série ganglionnaire inguino-crurale est prise en totalité : c'est le *bubon massif de l'aine*, qui occupe et remplit le canal inguinal, en débordant plus ou moins ses limites. Ailleurs, la tuberculose semble cantonnée dans un coin de la région, dans un des groupes ganglionnaires qu'on y rencontre : en dedans, aux limites internes du triangle de Scarpa, au-devant et en dedans de la veine crurale : c'est le bubon *inguinal interne*; ou encore, dans des faits plus rares et qui, de prime abord, semblent en discordance avec l'anatomie, au-dessus de l'arcade crurale, sous la paroi de l'abdomen, à un ou deux travers de doigt de son bord inférieur : bubon *supra-inguinal*; enfin, en dehors du couturier, dans l'aire de ce triangle secondaire, dont le droit antérieur forme le fond : bubon *extra-inguinal* (Fig. 54). J'ai opéré deux bubons strumeux ainsi ectopiés, si je puis dire, sous la peau de l'abdomen, au-dessus de l'arcade, et, plusieurs fois, j'en ai rencontré d'autres, en dehors du triangle de Scarpa. Du reste, ces ganglions extra-inguinaux et supra-inguinaux, s'ils ne figurent pas, d'ordinaire, dans les traités classiques, n'en existent pas moins sur le cadavre, et je les ai plusieurs fois rencontrés. Le petit groupe extra-inguinal est indiqué et figuré par Auspitz[1], dans une description des ganglions inguino-cruraux, qui, pour dater de 1873, n'en est pas moins, à notre sens, l'une des meilleures et des plus complètes qui aient été publiées.

1. Auspitz. *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*. 1873, 5, p. 443.

Mais, avant de passer la troisième forme, à *la forme extrême* du bubon strumeux, je tiens à faire ressortir devant vous un signe, qui ne vous fera, je puis dire, presque jamais défaut, et dont l'importance est bien réelle pour le diagnostic. Explorez la fosse iliaque de nos quatre malades, déprimez doucement et profondément la paroi abdominale, derrière l'arcade de Fallope, et vous sentirez très nettement, le long de la marge du bassin et des vaisseaux iliaques, un ganglion profond, gros, lui aussi, dur et un peu douloureux : c'est le premier ganglion iliaque externe, que vous retrouverez d'une façon à peu près constante et que j'appellerai, si vous voulez bien, le *ganglion repère* (Fig. 54). Et, de fait, quand vous hésitez sur la nature d'une adénite chronique de l'aine, cherchez-le toujours, et s'il existe, s'il est gros et sensible, vous serez presque constamment dans le vrai, en concluant à la tuberculose. Il est probable, du reste, qu'en pareille occurrence, il n'est pas le seul atteint des glandes de la chaine iliaque : sans doute le ganglion de Cloquet l'est aussi et avant lui, peut-être, si le processus de propagation s'astreint à suivre régulièrement la chaine lymphatique ; mais celui-là est trop profond et trop bien masqué pour être aisément perçu; sans doute, aussi, les glandes iliaques plus élevées sont envahies, et telle est la voie suivie par l'infection ascendante. Toujours est-il que le volume de ce bubon iliaque, contemporain et repère du bubon inguinal, varie beaucoup : chez deux malades, j'ai extirpé un bubon iliaque gros comme une châtaigne, ramolli à son

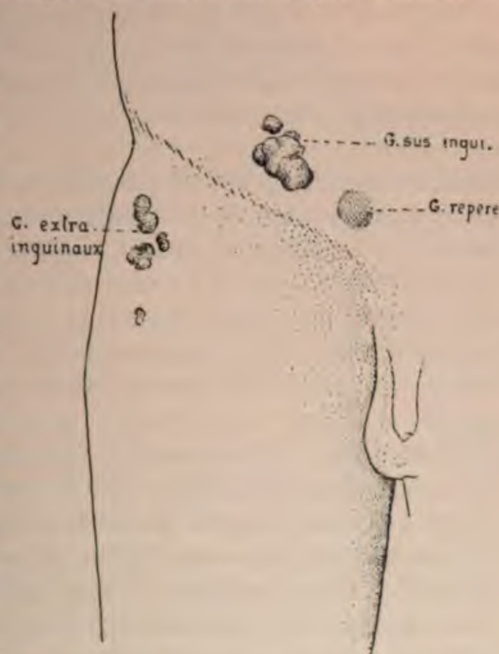


Fig. 54. — Ganglions extra-inguinaux et sus-inguinaux ; premier ganglion iliaque externe (*ganglion repère*).

centre, adhérent au péritoine et aux vaisseaux, alors qu'il n'existait, dans l'aine, que quelques glandes de moindre importance, et vous verrez parfois la fosse iliaque remplie d'une grosse tumeur poly-ganglionnaire. En règle générale, le ganglion repère est de volume moyen et souvent petit.

Vous comprenez que la coexistence de ce bubon iliaque complique l'intervention opératoire, car il est évident que vous ne ferez qu'une intervention incomplète, si vous ne l'enlevez pas. Nous y reviendrons dans un instant.

Avant cela, laissez-moi vous donner un exemple de la *troisième forme*, du type extrême, du bubon strumeux de l'aine, *occupant toute la région, adhérant partout, suppuré et fistuleux*. J'ai opéré, à l'hôpital Saint-Louis, il y a deux ans, un homme d'une quarantaine d'années qui, depuis longtemps, portait, dans l'aine gauche, une tumeur de ce genre : la peau, trouée et ulcérée sur une large étendue, recouvrait une énorme masse, qui remplissait l'aire du triangle de Scarpa, et remontait jusqu'au-dessus de l'arcade, qu'elle encadrait. J'excisai un large segment cutané et je disséquai en masse, comme une tumeur, tout le contenu du canal inguinal ; l'artère et la veine crurales furent dénudées sur une longueur de 7 à 8 centimètres ; je fis une réunion partielle et je tamponnai à la gaze iodoformée ; la guérison fut lente, mais complète.

Nous sommes loin, ici, de la forme initiale, de ces glandes isolées, énucléables, que je vous montrais en commençant. Ce qu'il faut retenir, c'est que, dans ces cas avancés, le ganglion n'existe, pour ainsi dire, plus : il est fusionné et confondu avec la gangue voisine, et les abcès, les collections caséeuses, non seulement occupent l'aire des anciennes glandes, mais criblent de leurs foyers toute la masse. Toutes les parties de cette tumeur complexe sont infectantes, et, si vous voulez faire besogne utile, il faut enlever tout, ganglions et coque péri-ganglionnaire.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité locale et générale du bubon strumeux, parvenu à ce stade : j'ai hâte d'en venir au traitement. Mais je veux pourtant vous rappeler quelques points du diagnostic.

Je vous ai dit combien il convenait de vous méfier de ces adénites vénériennes qui traînent, qui restent grosses et fistuleuses. Nous

ne devons pas oublier pourtant qu'il existe bien *une adénite chronique simple*, et que tout gonflement ganglionnaire qui ne se résout pas, n'est pas forcément de la tuberculose. Chez certains ouvriers, il n'est pas rare de trouver les ganglions de l'aine gros, et toujours gros : ainsi en est-il encore chez les porteurs d'ulcères, d'éruptions cutanées du membre inférieur. Mais le doute n'est pas, en général, très long, et la persistance de la tuméfaction ganglionnaire, après la suppression des causes d'irritation chronique, vous éclairera vite sur sa nature réelle. Plus tard, quand l'adénite tuberculeuse a revêtu l'aspect d'une tumeur ulcérée, vous n'oublierez pas la syphilis gommeuse, et je vous rappelle seulement les belles observations de MM. Verneuil et Fournier sur *le bubon syphilitique tertiaire* : au moindre doute, le traitement spécifique vous servirait de réactif.

Arrivons au traitement et revenons à nos quatre malades. Qu'allons-nous faire? Et, chez tous les quatre, notre intervention sera-t-elle identique?

Avant tout, il faut bien savoir, Messieurs, que, sous leur forme initiale, ces ganglions tuberculeux de l'aine, comme ceux du cou, sont susceptibles de guérir seuls et de se scléroser lentement. Un de nos patients nous en fournit la preuve : il portait, il y a une dizaine d'années, dans l'aine opposée, une série de grosses glandes, qui se sont ramollies et fistulisées (plusieurs cicatrices en témoignent), et qui, aujourd'hui, ont complètement disparu. J'ajouterai pourtant, si j'en crois ce que j'ai vu et ce que j'ai lu, que la guérison spontanée est, ici, moins fréquente qu'au cou; du reste, comme au cou, elle se voit surtout chez les jeunes sujets.

En présence du second type, du paquet ganglionnaire, du bubon massif, pareille terminaison n'est plus à espérer. Il faut agir.

Je vous rappellerai seulement pour mémoire la compression, d'application malaisée au pli de l'aine, et qui doit être souvent illusoire, les injections diverses, l'ignipuncture, qui a été, de nouveau, préconisée par Heynacker[1], sur la foi de 75 cas d'adénopathies tuberculeuses, de siège différent, ainsi traitées par Geuzmer. A mon avis, la question de thérapeutique active est à débattre entre deux méthodes : *l'incision suivie de curage — l'extirpation totale.*

1. Heynacker. *Ueber die operative Behandlung tuberculöser Lymphdrüsen durch Ignipunktür. Inaug., Diss., Halle*, 1891.

Le *curage* est de pratique courante quand les ganglions sont ramollis. On ouvre largement le foyer, et, une fois vidé de son contenu caséeux, on le détruit, et l'on extirpe sa paroi à la curette de Volkmann. Croyez-vous, Messieurs, qu'en agissant de la sorte, on puisse toujours enlever tout le mal? Croyez-vous qu'on ne fasse pas des inoculations multiples? Ne voyons-nous pas des récidives fréquentes de ces ganglions curettés, et à l'aine et ailleurs? Et, d'autre part, si vous tenez à faire un curettage complet, ne vous livrez-vous pas à une manœuvre tout aussi dangereuse que l'extirpation totale, lorsque vous engagez votre curette au-dessous et en arrière des vaisseaux, au fond d'une plaie irrégulière, où vous agissez toujours un peu à l'aveugle? Je suis convaincu que, au moins dans ces régions vasculaires, le curage est toujours incomplet et « court par quelque endroit ». Je sais bien que, même tel, il suffit dans certains cas donnés, combiné au tamponnement iodoformé, à enrayer la marche du processus. Aussi, devant une masse ganglionnaire très ancienne, partout adhérente, et dont l'extirpation ne serait peut-être qu'un essai infructueux et plein de périls, sera-t-il plus prudent de recourir à une ouverture large et à un curettage, bien à découvert et prudent, des parois du foyer. C'est là, du reste, ce que nous allons faire chez celui de nos malades où vous avez constaté une volumineuse collection purulente : nous ouvrirons largement cet abcès et nous en curetterons soigneusement la paroi, préférant revenir plus tard à une ablation secondaire que de la tenter sur une masse enflammée et en état d'infection aiguë.

Mais les deux autres bubons massifs semblent appeler l'*extirpation*, et c'est là ce que nous allons faire. *Comment nous y prendrons-nous?* Quels sont *les dangers de l'opération* et quels en sont *les résultats définitifs?*

Ce n'est pas là, Messieurs, il faut le reconnaitre, une intervention qui puisse se décider à la légère et se faire sans méthode. Il faut d'abord se donner beaucoup de jour, pratiquer une longue incision parallèle à l'arcade, suivant le grand axe de la tumeur ganglionnaire, et, si elle ne suffit pas, y joindre un trait vertical qui croise l'arcade en son milieu. Sous la peau, d'ordinaire adhérente, vous découvrez la coque ganglionnaire, et vous devrez vous tenir, autant que possible, en dehors d'elle, et poursuivre la dissection, sans l'ouvrir; souvent il arrivera que, çà et là, sous la peau,

de petits foyers se crèvent, versant du pus au fond de la plaie : c'est en isolant la masse aussi largement que possible que l'on évitera cet incident et qu'on pourra enlever tout. La tumeur sera d'abord découverte sur toute sa surface, et seulement alors les bords seront dégagés et soulevés ; il est bon, en général, de commencer par le pôle inférieur ; ainsi relevée peu à peu, de bas en haut et de dehors en dedans, la masse ne tiendra plus, en dernier ressort, qu'à la ligne des vaisseaux. Ici commence le danger.

Une triple disposition expose à ouvrir les gros vaisseaux : 1° les ganglions se prolongent souvent au-dessous d'eux, les encadrent dans une sorte de gouttière, dont il est fort malaisé d'extraire la berge profonde ; 2° ils adhèrent, et c'est un fait à peu près constant, à la gaine fibreuse des vaisseaux, d'où la nécessité d'ouvrir cette gaine et de mettre à nu veine et artère, sur une longueur notable ; 3° enfin, et je vous demande la permission d'insister sur ce dernier point, il existe toute une série de *collatérales courtes et grosses*, qui, émanées directement de l'artère et de la veine, plongent dans les ganglions adjacents. Il en résulte un fait que j'ai observé bien souvent, c'est que, au moment de l'extirpation des ganglions, ces branches directes se trouvent sectionnées ou arrachées, et, comme leur brièveté est très grande, elles se rétractent, et figurent en réalité, par leur lumière, *un véritable trou dans la paroi du gros vaisseau*. Si vous ignoriez ce fait et si vous n'aviez soin de pincer fort légèrement cet orifice en dégageant le petit bout de collatérale qui y est appendu, les mors de votre pince pourraient fort bien saisir la paroi même de cette grosse artère ou de la grosse veine, sur laquelle vous feriez une ligature latérale. Sur un jeune homme que j'opérai l'an dernier, à l'hôpital Necker, une pince fut ainsi appliquée ; la paroi se rompit sous le fil et je me trouvai en présence d'une plaie latérale de l'artère fémorale ; je la liai aussitôt au-dessous de l'arcade, et le malade guérit sans le moindre incident.



Fig. 55. Ganglions péri-artériels et collatérales courtes.

Aussi ne saurais-je trop vous recommander, à la fin de l'extirpation, d'aller fort lentement, avec le bout du doigt ou de la sonde cannelée, et de saisir, avec une pince, et d'avance, tous les tractus que vous sectionnez. Grâce à ces précautions et à quelque habitude, la dissection de ces tumeurs diffuses et adhérentes se poursuit et s'achève sans encombre.

Je tiens cependant à bien insister, devant vous, sur ces dangers vasculaires. En extirpant des bubons inflammatoires, il est arrivé deux fois à Lauenstein[1] d'ouvrir la veine fémorale : l'un des patients, un vieillard, mourut de pyohémie; l'autre guérit, mais au prix d'une oblitération du tronc veineux et d'un œdème persistant du membre inférieur. Vous savez d'ailleurs qu'ici, comme au cou, la blessure de la veine est plus à craindre que celle de l'artère.

Je veux encore vous signaler un incident consécutif que j'ai observé deux fois, après l'extirpation d'un bubon strumeux inguino-iliaque, et la plaie étant, d'ailleurs, réunie sur tout le reste de son étendue : *la persistance d'une petite fistule lymphatique*. J'ai recueilli le liquide chez l'un de mes malades; il mouillait chaque jour le pansement, il était clair, séreux, à peine jaunâtre : c'était de la lymphe. On ne saurait douter, en effet, que de gros troncs lymphatiques ne se trouvent intéressés dans les extirpations larges et qu'ils ne restent parfois béants et fistuleux, au moins pour quelques semaines. Chez mes deux opérés, en effet, l'écoulement lymphatique se tarit seul, et, au bout de vingt à vingt-cinq jours, la fistule était fermée.

C'est là, en somme, un accident fort bénin et qui, d'ailleurs, se présente rarement. Il nous resterait à élucider une seconde question, ou, si vous voulez, à établir le second terme de la légitimité de l'extirpation totale, appliquée au bubon strumeux de l'aine. *Quels en sont les résultats définitifs?*

La réponse est difficile à fournir, surtout dans notre milieu parisien, où nous avons tant de mal à retrouver et à suivre nos opérés. Vous avez vu avec moi, il y a quelques semaines, un jeune homme auquel j'ai extirpé, il y a près de deux ans, un double et volumineux bubon strumeux de l'aine : la guérison s'est maintenue complète; j'ai revu ainsi plusieurs de mes anciens opérés, mais je n'ai pas les éléments d'une statistique qui ne porterait, du reste, que sur une trentaine de faits. Des statistiques de ce genre ont été publiées à l'étranger, mais elles ont trait, presque uniquement, aux adénopathies tuberculeuses du cou, et vous savez, de plus, qu'en pareille matière, le langage des chiffres est toujours imparfait. Ce

1. Lauenstein. *Die typische Ausräumung der Leiste.* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1893, Bd. XXXV, p. 573.)

qui ne paraît pas douteux, c'est que, pratiquée de bonne heure et complète, l'extirpation du bubon strumeux de l'aine ne puisse être, dans un certain nombre de cas, une cure définitive. Et, d'autre part, si vous réfléchissez que, au moins *chez l'adulte*, les trois stades de l'adénopathie tuberculeuse se suivent nécessairement, vous conviendrez avec moi que l'extirpation « à temps » assure au malade un réel bénéfice.

LA DÉSARTICULATION DU GENOU A LAMBEAU POSTÉRIEUR[1]

Sarcome central récidivé du tibia. — Discussion des indications opératoires. — La désarticulation du genou; historique; le procédé à lambeau cutané antérieur, ses accidents, les gangrènes consécutives du lambeau. — Le procédé à lambeau postérieur : historique, technique, avantages. — Résultats obtenus chez notre opérée.

Messieurs,

Je vais opérer devant vous, pour un sarcome du tibia droit, une femme de 59 ans, grande, forte et vigoureuse, dont l'histoire, longuement suivie, me semble d'un réel intérêt clinique, et chez qui l'intervention mérite aussi d'être discutée.

J'ai vu cette malade ici même, pour la première fois, dans le service de mon maître Le Fort, en juillet 1892. Elle portait, à la face interne du tibia, vers sa partie moyenne, une petite tumeur arrondie, du volume d'une noix, extrêmement dure, peu douloureuse, et qui, depuis trois ans, se développait et grossissait lentement. Une chute, à la descente d'un tramway, en aurait été le point de départ. Je crus d'abord à une exostose, et, malgré des antécédents négatifs, j'instituai le traitement mixte. Il resta sans effet, et j'eus recours à l'extirpation. Sous la peau, je tombai sur une coque de tissu osseux, compact, et au-dessous je trouvai une tumeur molle, occupant une sorte de loge creusée dans l'épaisseur même de l'os. C'était, de toute évidence, *un sarcome central du tibia*, et l'examen histologique confirma d'ailleurs cette constatation première. J'enlevai avec soin toute la masse, je curettai la cavité osseuse, et, le tissu ambiant me paraissant être sain, je réunis la plaie. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade quittait nos salles, guérie de l'opération.

Au bout de quelques mois, la région devenait le siège de nouveaux élancements, sans qu'aucun relief parût encore sous la peau. Je revis mon opérée en mars 1893, à l'hôpital Necker : la pression révélait une douleur assez vive sur la face interne du tibia, au niveau de la cicatrice, et l'on sentait, au-dessous, une

1. Leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1894, p. 850.

dépression très nette, mais nulle trace encore de récidive. Ce fut peu de temps après que se montra la nouvelle tumeur, et, en septembre, quand la malade revint me trouver, le néoplasme était trois fois gros comme le sarcome primitif. Pourtant, toute intervention fut repoussée, et, ces jours-ci seulement, notre opérée est rentrée salle Lisfranc.

Elle souffre, en effet, et ses douleurs continues, que la moindre pression exaspère, ont fini par lui rendre la marche impossible, et, depuis quinze jours, l'ont forcée à s'aliter. La tumeur est implantée sur la face interne du tibia, à mi-hauteur, et déborde un peu la crête. Elle est grosse comme une petite pomme, de base étalée, de surface bosselée, de consistance inégale; elle tient fortement dans la profondeur et n'adhère nullement à la peau. Il n'y a pas de ganglions au pli de l'aine.

Le diagnostic, vous le comprenez, ne prête à aucune hésitation. Nous avons vu la tumeur initiale, et nous avons suivi toutes les phases de la récidive. Il s'agit *d'un sarcome récidivé du tibia, et d'un sarcome central*. Vous savez, en effet, quelles sont les deux grandes variétés de sarcomes des os; vous savez que, de ces tumeurs, les unes, et d'ordinaire les plus volumineuses, sont *périphériques, périostiques;* et que les autres naissent dans l'épaisseur même du tissu osseux et de la moelle, qu'elles *sont centrales, myélogènes*. Vous avez vu, en novembre, un exemple du premier type, chez cette jeune femme de la salle Lisfranc, dont le genou gauche se prolongeait par un énorme fuseau sarcomateux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et qui refusa de se prêter au large sacrifice que je lui proposais, et quitta l'hôpital.

Ici, le néoplasme a pris naissance dans le tissu spongieux, sinon dans le canal médullaire, et, comme je vous le disais tout à l'heure, il était encore revêtu, lors de ma première intervention, d'une mince coque osseuse. Ces sarcomes centraux sont souvent des tumeurs à myéloplaxes, et l'on s'accorde, depuis Nélaton et Robin, à reconnaître à ces sarcomes myélogènes giganto-cellulaires, une certaine bénignité. Chez notre malade, la récidive rapide, son volume, qui n'est pas encore considérable, mais qui s'est accru en peu de temps, les douleurs très vives, ne semblent guère représenter les éléments d'un pronostic adouci, et une intervention, large et suffisante, s'impose.

Que ferons-nous? Telle est la question que je tiens surtout à agiter devant vous.

Trois partis se présentent : l'*extirpation locale* — l'*amputation de la jambe* au-dessus de la tumeur — la *désarticulation du genou*.

J'aurais tenté volontiers, si l'état s'y prêtait, *l'ablation locale* ou *l'amputation de la jambe;* et je vous avouerai que je n'aurais aucun scrupule à transgresser le précepte, j'allais dire le dogme chirurgical, qui nous enjoint, dans les sarcomes des grands os des membres, de toujours désarticuler au-dessus. J'ai entendu maintes fois mon maître Le Fort raconter l'histoire d'un notaire de Lorraine, auquel il avait amputé la cuisse — et non désarticulé la hanche — pour un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, il y a plus de vingt-cinq ans, et le notaire vit toujours, j'en ai eu la preuve moi-même. — Il y a deux ans, j'ai eu à traiter, ici même, pendant les vacances, un jeune Suisse, pour un énorme sarcome de la tête humérale droite; c'était un beau et solide garçon; le membre supérieur, nullement atrophié, était bien musclé, bien vivant, et vraiment il m'eût répugné de le faire tomber tout entier. Du reste, ce qui tranchait la question, le malade s'y serait refusé sans retour. Je pratiquai une large résection de l'épaule, j'excisai tout le tiers supérieur de l'humérus, une partie de la cavité glénoïde, la face profonde des muscles voisins; le foyer opératoire était énorme : il ne s'en réunit pas moins par première intention, et l'opéré se reprit vite à faire des mouvements. Au bout de deux mois, il nous quittait dans un excellent état et se servait de son bras d'une façon inespérée. Je l'ai revu à plusieurs reprises pendant les mois qui suivirent, aucun indice de récidive ne se montrait; puis il regagna son pays, sans que j'aie pu, malheureusement, retrouver sa trace. Vous trouverez dans la littérature étrangère de nombreux faits du même genre. Rosenberger[1], Fédor Krause[2], en ont publié des exemples intéressants; mais il s'agissait toujours de la forme réputée bénigne du sarcome des os, du *sarcome à myéloplaxes*, et il faut avouer que, dans la plupart des cas, la durée de survie sans récidive n'est pas suffisante pour étayer une conclusion ferme.

Quoi qu'il en soit, le doute, chez notre malade, ne semble pas

1. Rosenberger. *Eine eigenartige Erkrankung des Condylus externus femoris sinister (sarkom)*. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1888, Bd. XXXVII, p. 595.)

2. F. Krause. *Behandlung schaliger myelogener Sarkome. Arch. f. klin. Chir.*, 1889.

permis; la tumeur est centrale, elle est située en plein tissu spongieux et médullaire; ce serait, à mon avis, une grosse erreur de tenter une extirpation locale, fatalement incomplète, ou même l'amputation de la jambe : le néoplasme est trop haut placé, pour que la section osseuse en soit suffisamment distante.

C'est donc à la *désarticulation du genou* que je me suis arrêté, et c'est elle que je vais pratiquer devant vous, mais par un procédé différent du procédé classique.

Vous savez que la désarticulation du genou est restée pendant longtemps l'une des plus meurtrières, parmi les grandes exérèses des membres. M. le professeur Panas[1] ne relevait-il pas 157 morts sur 170 opérés (80,9 pour 100)? La statistique de la guerre de Crimée lui assigne une mortalité à peu près égale à celle de l'amputation de la cuisse : 90 pour 100 dans l'armée française, 55 à 57 pour 100 dans l'armée anglaise; celle de l'armée américaine est déjà bien meilleure, 54,9 pour 100. Ces chiffres ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur intérêt, et les dangers opératoires s'étant réduits à tel point, qu'on peut les laisser hors de compte, la discussion des indications ne se base plus que sur ces deux éléments : *fréquence des accidents gangreneux, prothèse ultérieure.*
Marche-t-on mieux avec un genou désarticulé qu'après une amputation de cuisse, même une amputation basse, telle que le Gritti ou le Carden? *Quel lambeau se prête le mieux à une marche régulière et indolente? Quel lambeau se prête le moins à la gangrène consécutive?*

Ces *gangrènes du lambeau* sont loin d'être une éventualité négligeable; elles se voient beaucoup moins, sans doute, qu'à la période ancienne, où la septicité jouait son rôle dans leur pathogénie, mais elles sont loin d'avoir disparu. Sur 85 cas de désarticulation du genou, réunis tout dernièrement par M. Ritschl[2], la complication est signalée 18 fois, 16 fois avec le grand lambeau antérieur, 2 fois avec un lambeau postérieur exclusivement cutané.
Vous vous souvenez qu'ici même, il y a peu de temps, vous avez

1. PANAS. Art. Genou, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*. T. XVI, 1892.
2. RITSCHL. *Die Exarticulation des Unterschenkels im Kniegelenk und ihre Beziehungen zu den übrigen Methoden der Absetzung der unteren Extremität in der Nähe des Kniegelenks.* (*Beitr. zur klin. Chir.*, 1894, Bd. II, 1, p. 177.)

été témoins d'un fait analogue. Je veux bien reconnaître que la situation n'était pas favorable : il s'agissait de ce pauvre ouvrier, d'une quarantaine d'années, qui nous était entré, deux mois auparavant, avec un écrasement du pied, déjà infecté et suppurant : il refusa toute intervention avec une ténacité descspérante, et ce ne fut que sous la pression d'une nécessité urgente, qu'il finit par consentir à l'exérèse de sa jambe. La peau, bien que pâle et un peu œdématiée, paraissait encore utilisable, au-dessous du genou, jusqu'à mi-jambe : il n'en était pas de même en arrière, et le lambeau antérieur m'était imposé. — Je le taillai de la façon suivante : je pratiquai, en avant, une incision en U, dont le trait de raccordement passait à un travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et dont les deux jambages remontaient jusqu'à l'interligne; j'incisai d'emblée jusqu'à l'os, et je me mis en devoir de décoller, à la rugine, le périoste et tous les tissus, jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, comme pour une résection sous-périostée de l'extrémité supérieure du tibia, je sectionnai les ligaments latéraux et croisés, et je taillai un petit lambeau postérieur, de dedans en dehors, en rasant l'os. — De la sorte, je n'avais ouvert, pour ainsi dire, que la partie fémoro-rotulienne de l'articulation, j'avais à peine vu la pointe de la rotule, et mon lambeau, fait de peau, de tissu fibreux et de périoste, conservait toutes ses connexions, et, je le croyais du moins, toute sa vitalité. De fait, il n'y eut aucun incident post-opératoire, aucune élévation thermique, et ce ne fut pas sans surprise et sans désappointement que je trouvai, au premier pansement, le douzième jour, le lambeau largement sphacélé. Les conditions locales étaient ici très défectueuses, et l'accident ne prouve rien contre le procédé : c'est à lui que j'aurai recours encore, quand les circonstances m'obligeront à faire le lambeau antérieur, car il réserve seul toutes les voies vasculaires[1].

N'avez-vous jamais remarqué l'aspect misérable de ce haillon de peau, qui, après la désarticulation du genou par le procédé classique, le procédé de Baudens, flotte au-devant des énormes condyles fémoraux, et reste seul à les recouvrir? S'il ne se mortifie pas, ce maigre lambeau, sera-t-il susceptible de servir de base de

1. C'est, en somme, la désarticulation sous-périostée, telle qu'elle a été indiquée par les maîtres Lyonnais. (Voy. PERRIOL, *De la désarticulation du genou; application de la méthode sous-périostée*. Th. doct. Lyon, 1895. — Au dernier Congrès des Chirurgiens allemands, M. Habs (de Magdebourg) a rapporté 18 observations de désarticulations du genou, pratiquées, par ce procédé, dans le service de M. Hagedorn.

sustentation, et la marche pourra-t-elle se faire *directement sur le moignon?* Quelques faits le montrent, rares, il est vrai : M. Delorme présentait à la Société de chirurgie, en 1884, un désarticulé du genou, opéré depuis cinq ans, et qui marchait sur son moignon : en 1888, M. Polaillon en montrait un autre, opéré depuis 1881, et dont les condyles appuyaient aussi directement sur la cupule de l'appareil prothétique. Presque toujours la prothèse est obligée de prendre son point d'appui *à l'ischion : l'opéré marche, comme un amputé de cuisse, sur sa tubérosité ischiatique.* Croyez-vous que ce soit là un détail de moindre importance? Non, certes; le désarticulé qui se sert de son moignon comme surface de pression, marche comme un amputé de la jambe, au lieu d'élection : il a les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse, il a la marche directe, dans le plan antéro-postérieur, et l'exercice lui permet, en général, de dissimuler assez vite les effets de sa mutilation. Si le point d'appui unique est à l'ischion, il en va tout autrement.

Telles sont les deux raisons — éviter plus sûrement les accidents sphacéliques, et faire un moignon bien matelassé, qui puisse directement s'appuyer sur l'appareil prothétique — telles sont les deux raisons qui m'engagent à prendre mon lambeau dans cette région si bien musclée, si bien préparée, semble-t-il, à le fournir, dans le mollet, à tailler, en un mot, *un lambeau postérieur*.

Ce n'est point là, du reste, une pratique récente, et l'on aurait tort de croire que la méthode soit née d'hier. Il semble, au contraire, qu'elle ait été, pour les premiers chirurgiens qui ont désarticulé le genou, la méthode d'élection, celle que dictait de prime abord le simple examen des conditions anatomiques, et seuls, des accidents, qui s'expliquent bien aujourd'hui, l'avaient fait abandonner.

J.-L. Petit ne recommande-il pas, à titre de procédé de nécessité, il est vrai, d'amputer « la jambe dans son articulation avec le fémur », et de le faire comme il suit : « On coupera, avec un bistouri courbe, les téguments circulairement vis-à-vis la partie inférieure de la rotule; on retirera la peau vers le haut jusqu'à sa partie supérieure, et alors on coupera les muscles extenseurs jusque dans la capsule ligamenteuse; on pliera le genou; on coupera les muscles et les ligaments des parties latérales; et lorsque les ligaments croisés et les deux latéraux seront coupés, la jambe tenant encore au cordon des vaisseaux et aux muscles jumeaux, on

tournera le tranchant du bistouri vers le bas, entre les muscles et le soléaire; on coupera les jumeaux en lambeau, observant de ne point couper les vaisseaux trop courts, et on fera en sorte que le lambeau soit assez grand pour recouvrir entièrement les condyles[1]. » N'est-ce pas, avec tous ses détails de technique, la désarticulation à lambeau postérieur?

Brasdor, à l'Académie de chirurgie, défend la désarticulation du genou, et cite le cas d'un couvreur désarticulé par Hoin (de Dijon), qui tailla son lambeau aux dépens des chairs de la partie postérieure de la jambe. L'opéré marchait en appuyant directement son moignon sur l'appareil prothétique, et la base de pression était aux condyles.

Ce fut Blandin qui préconisa surtout la méthode à lambeau postérieur : elle porte encore son nom, en France et à l'étranger. Et, dans un travail tout récent, que je vous citais tout à l'heure, M. Ritschl s'étonne que l'on n'ait pas repris, depuis l'antisepsie, l'ancien *procédé de Blandin*, et il en rapporte l'intéressant exemple que voici : Petite fille de quinze mois, gangrène traumatique du pied et de la jambe s'étendant jusqu'à la rotule, mais, en arrière, respectant le mollet. Le lambeau postérieur était donc seul praticable. En raison de l'état des tissus et du voisinage immédiat du foyer de sphacèle, on s'abstint de toute réunion et la cicatrisation se fit par bourgeonnement. Au bout d'un mois et demi, elle était complète, et le moignon excellent. La cicatrice était antérieure, bien protégée contre la pression de l'appareil prothétique et le lambeau, recourbé, formait coussin sous les condyles, et glissait aisément au-dessous d'eux. La petite opérée resta une année en observation : on lui fit faire une jambe artificielle avec cupule, sur laquelle portait directement le moignon, et, malgré son jeune âge, elle apprit assez vite à s'en servir.

En janvier dernier, M. le docteur Falibois[2], dans une thèse inspirée par M. le docteur Montaz (de Grenoble), défendait la désarticulation du genou à lambeau postérieur, malheureusement sans fournir d'observation à l'appui.

Pourquoi donc une méthode qui paraît, à première vue, si

1. J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurgicales. Amputation des membres dans les articulations*, p. 845.

2. Falibois. *De la désarticulation du genou à lambeau postérieur (procédé du docteur Montaz)*. Th. de doct. 1891.

rationnelle, et dont l'histoire est ancienne, ne figure-t-elle plus qu'à titre exceptionnel dans la technique chirurgicale? Que lui reproche-t-on? De quels méfaits est-elle responsable? Ce que l'on reproche au lambeau postérieur, c'est d'être « trop lourd », de « retomber par son propre poids » et de « découvrir ainsi la surface articulaire ». Cela est vrai, si la plaie opératoire se désunit et suppure; cela ne l'est plus, si la réunion est aseptique, régulière et complète. L'objection, qui s'appliquait, du reste, à toutes les amputations à lambeau déclive, perd aujourd'hui toute sa valeur. Si le lambeau est « lourd », s'il est épais et bien musclé, il n'en est que mieux fait pour remplir son rôle de soutien. Et encore, le fait de Ritschl, que je vous citais tout à l'heure, ne prouve-t-il pas que même une cicatrice par bourgeonnement est susceptible de fournir, bien surveillée, un beau moignon, de forme régulière et de bonne aptitude prothétique?

On ne saurait nier que, même avec cette méthode, le sphacèle ne soit à craindre, si la section des gros troncs artériels avait porté trop haut : *il faut les suivre soigneusement et ne les couper qu'à l'extrémité même du lambeau.*

Voici donc la technique que je vais appliquer : c'est celle qui a été indiquée par J.-L. Petit, pratiquée par Blandin, bien décrite et figurée dans la thèse de M. Falibois.

Je dessinerai mon lambeau postérieur par deux traits symétriques, verticaux, le long du péroné et du tibia, qui se réuniront, en large arcade, un peu au-dessous du milieu du mollet : un trait antérienr, légèrement convexe en bas, reliera les deux têtes d'incision de ce grand U, en passant à la pointe de la rotule. J'ouvrirai tout de suite l'articulation, en sectionnant le ligament rotulien, les ligaments latéraux et croisés, et je taillerai alors, de dedans en dehors, lentement et minutieusement, le lambeau postérieur : *mon bistouri ne quittera pas la face postérieure des os, détachant tous les muscles, y compris le poplité et laissant intact, et dans ses connexions naturelles, tout le système vasculaire de la région.*

Faudra-t-il exciser le cul-de-sac synovial, ou extirper les cartilages articulaires? Je ne le crois pas; je laisserai en place synoviale, cartilage et rotule, persuadé qu'ils ne sauraient nuire à la cicatrisation régulière, et qu'il ne sera pas sans avantage fonctionnel de conserver à la face profonde du moignon une surface de glissement.

Voilà l'intervention à laquelle je me suis arrêté, d'après les réflexions que je viens de vous exposer. Nous en suivrons les résultats, immédiats et lointains, qui nous serviront d'enseignement pour l'avenir.

La *désarticulation du genou à lambeau postérieur* a été pratiquée dans la même séance, suivant le procédé qui vient d'être



Fig. 56. — Désarticulation du genou à lambeau postérieur. — Moignon vu de côté

exposé. Le grand lambeau postérieur comprenait tous les muscles y compris le poplité : la section des vaisseaux portait sur les artères tibiale postérieure et tibiale antérieure à leur origine.

t environ au-dessous du tronc tibio-péronier : le sciatique lité interne fut réséqué haut. L'adaptation du lambeau ne se pas sans quelques difficultés, à cause de son ampleur : des ures profondes en nombre suffisant et de nombreuses sutures erficielles permirent de réaliser pourtant une réunion régu- e. Au premier pansement, le 2 avril, la cicatrisation était irée, à part trois petites surfaces granuleuses, au point où olement des lèvres cutanées n'avait pu se faire exactement.



57. — Désarticulation du genou à lambeau postérieur. — Moignon vu de face.

0 avril, l'opérée quittait l'hôpital, guérie. Nous l'avons revue ntes fois : la cicatrice est régulière, antérieure, le moignon te un épais coussin, qui glisse sous les condyles et reste, à la

pression, parfaitement indolent. Un appareil prothétique a été construit, qui prend un point d'appui principal sur le moignon et un point d'appui secondaire et temporaire, comme nous allons le dire, à l'ischion : les premiers essais de marche se font avec le double appui; au bout d'un certain temps d'exercice, le support sous-ischiatique sera supprimé. Dans la cupule prothétique la cicatrice se relève encore, et ne porte en aucun point, et la pression sur le lambeau sous-condylien ne provoque ni gêne ni sensibilité[1].

La tumeur a été présentée à la Société anatomique, le 20 mars dernier, par M. O. Pasteau, interne du service. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome, ce qui améliore le pronostic d'avenir.

1. J'ai revu cette malade tout récemment : elle marche aujourd'hui de la façon la plus satisfaisante (déc. 1894).

souvenez peut-être de la dureté et de la résistance toutes particulières des deux fémurs : notre ciseau n'avança qu'à grand'peine, et une fois la section portée jusqu'au delà des deux tiers de l'épaisseur des os, il fallut encore un violent effort pour achever la brisure. Je me félicitai de n'avoir pas eu recours à l'ostéoclasie, qui nous eût facilité la besogne, mais qui n'eût évidemment rompu des os si durs qu'au prix d'une contusion intense. Les deux



Fig. 58. — Genu valgum bilatéral.

membres inférieurs restèrent immobilisés quarante jours : la consolidation était alors définitive, et l'on commença les manœuvres d'assouplissement du genou. Dans les premiers jours de mars, notre opéré quittait nos salles, bien redressé et marchant à merveille.

Nous avions affaire, ici, au genu valgum des adolescents, dont vous savez la fréquence, sinon à un degré aussi marqué, au moins sous une forme atténuée. Une observation quelque peu attentive vous convaincra vite que, chez nombre d'adolescents, chez nombre d'adultes, l'angle à sinus externe, que forment entre elles la jambe et la cuisse, est moins ouvert qu'à l'état physiologique : il y a un

léger relief interne, un léger abaissement du condyle interne, un écartement des malléoles, une légère tendance au valgus : toutes anomalies, légères, en somme, et qui passent aisément inaperçues, non sans toutefois imprimer à la marche un caractère un peu spécial, et sans créer certaines prédispositions morbides.

Je veux vous présenter aujourd'hui un autre type de déformation du genou, *le type inverse, le genu varum*, beaucoup plus rare. Cette fois, la concavité est tournée en dedans, les deux malléoles se touchent, ou même se croisent, et, si le genu varum était bilatéral, les deux membres inférieurs, rapprochés, décriraient un large ovale; cette fois, c'est le condyle externe qui semble plus gros et abaissé, et, de fait, nous allons voir qu'il n'y a guère, dans la pathogénie, qu'une différence de localisation.



Fig. 59. — Genu valgum bilatéral; ostéotomie sus-condylienne. Redressement.

Ici encore, il s'agit, en apparence du moins, d'un *genu varum de l'adolescence*. Notre fillette a 15 ans, mais, en remontant dans son histoire, on apprend qu'elle a marché très tard, et qu'à 7 ans, sa jambe gauche commençait déjà à se déjeter en dedans, et que le membre, jusqu'alors bien droit, commençait à s'incurver. Nous avons donc affaire à une forme intermédiaire: ce n'est plus le

genu varum infantium, qui se montre et s'achève de bonne heure, à trois, quatre ans, et jusqu'à dix ans, et qui dérive, en ligne directe du rachitisme; ce n'est pas le *genu varum adolescentium* qui, comme le genou cagneux du même âge, semble isolé, indépendant, sans connexions pathogéniques bien nettes. Chez notre jeune malade, la déformation ne s'est révélée qu'assez tard dans l'enfance, et s'est développée lentement pour acquérir son maximum d'intensité en pleine adolescence. Peut-être trouverait-on assez souvent, s'il était possible de retourner en arrière, à ces déviations tardives du genou, une origine lointaine, à peine esquissée d'abord, et s'accusant de plus en plus, par l'évolution même des membres?



Fig. 60.
Genu varum gauche.

Le genou gauche de notre petite malade est seul atteint : il dessine un angle, à concavité interne, et dont le sommet, très saillant, se marque, au dehors, par une tubérosité abrupte, sur laquelle nous allons revenir. Les deux membres inférieurs étant étendus, dans l'attitude du repos, l'angle à sinus interne, que forme la jambe avec la cuisse, mesure 130° à peu près, en rapprochant le pied de la ligne médiane, on le réduit sans peine à 100°, et même à l'angle droit : les deux segments du membre sont alors, à proprement parler, coudés l'un sur l'autre. Il y a donc une *très grande laxité du genou*, au moins de dehors en dedans; en sens inverse, il est impossible de corriger la courbure et d'obtenir la moindre ébauche de redressement. Un certain degré de laxité ligamenteuse existe aussi, dans le sens antéro-postérieur; enfin, la jambe

étant demi-fléchie, on lui fait exécuter aisément, autour du condyle externe, qui paraît servir d'axe et de point fixe, un mouvement de rotation étendu.

Le *condyle interne du fémur est effacé* : il occupe le fond d'une dépression, qui contraste avec la saillie du condyle droit; il est réellement plus petit que son congénère, et c'est à peine si l'on retrouve, à sa surface, le tubercule du grand adducteur. Tout au contraire, le *condyle externe figure une masse volumineuse et proéminente*, il soulève fortement la peau, et l'on en suit, au doigt et à l'œil, le contour et tous les détails. De cette différence de forme et de grosseur, des deux condyles fémoraux, il résulte que la rotule est refoulée en dedans, qu'elle a glissé, pour ainsi dire, en découvrant le condyle externe, en contribuant à masquer le condyle interne.

L'incurvation se poursuit sur le quart inférieur du fémur; quant aux os de la jambe, ils paraissent intacts, et leur forme absolument normale. A une époque éloignée, si nous en croyons notre jeune patiente, elle aurait eu des courbures du tibia : il n'en reste aujourd'hui aucune trace. Même l'extrémité supérieure, si fréquemment intéressée dans les déviations du genou, est droite et régulière. Tout se passe dans l'épiphyse fémorale.

J'ajouterai un dernier détail, qui n'est pas sans valeur : lorsqu'on fléchit la jambe, le genu varum diminue, puis disparaît, et l'on assiste à ce phénomène, qui est d'observation constante dans le genu valgum. N'est-ce pas une preuve de la parfaite analogie des déformations condyliennes? Nous allons y revenir.

Toujours est-il que nous nous trouvons en présence d'une situation clinique qui peut se formuler ainsi : *genu varum unilatéral, atrophie relative du condyle interne, absence de déformation tibiale, laxité ligamenteuse extrêmement accusée*. Il nous reste à discuter deux questions, qui se tiennent de près : la *question pathogénique*, la *question de traitement*.

Nos livres réservent peu de place, en général, à l'étude du genu varum : il vient, en appendice, derrière le genu valgum, et l'on s'empresse de lui appliquer, en les retournant, les nombreuses théories que ce dernier a suscitées. A l'heure actuelle, nous devons faire table rase de la plupart de ces vues pathogéniques. Ne savons-nous pas, en effet, que l'os est bien loin d'être ce tissu rigide,

inerte, immuable, qu'il paraît tout d'abord, mais qu'il a une vie physiologique, et, si j'ose dire, une vie morbide extrêmement actives. Non seulement il croît en longueur et en épaisseur, non seulement il se reproduit aux dépens de son périoste, mais, *sous l'influence des pressions anormales, il modifie sa forme, il s'amincit, pour s'épaissir par compensation, au point déchargé.* Les beaux travaux de Julius Wolff[1] ont bien montré qu'il y a, pour les membres, un état de statique normale, qui correspond, en quelque sorte, à l'équilibre physiologique des pressions, et dans lequel les segments du squelette conservent leur morphologie et leur direction naturelles; que cet équilibre se trouve rompu, et les os subiront fatalement *la loi de transformation*, dont les efforts, pour se faire attendre plus ou moins longtemps, n'en sont pas moins inéluctables. La chirurgie réparatrice ne doit avoir, en somme, d'autre but que de restaurer ces conditions du fonctionnement naturel : le travail d'évolution du tissu osseux, toujours en activité, fera le reste. Nous retrouverons ces données fondamentales, qui ne sont que l'expression même des faits.

Laissons donc de côté et la rétraction ligamenteuse et la contracture musculaire, accidents essentiellement secondaires, lorsqu'ils existent. Aussi bien l'examen de notre genu varum suffirait à nous convaincre de l'insuffisance de pareilles explications; ne constatons-nous pas une laxité extrême de ces ligaments, qui devraient être les agents de la déformation? — Non, genu varum et genu valgum sont, à proprement parler, une *maladie osseuse* : c'est au squelette qu'il faut s'adresser, pour en saisir la pathogénie, et c'est sur le squelette qu'il faut agir.

Mais ici intervient une double forme, une double localisation de la déformation osseuse originelle : il y a le *genu varum d'origine diaphysaire* — le *genu varum d'origine épiphysaire.* Je m'explique.

Chez les jeunes enfants rachitiques, il n'est pas rare de trouver le fémur et le tibia fortement incurvés, et tous les deux dans le même sens, en lame de sabre, en arc, le bord convexe de l'arc regardant en avant et en dehors : il est aisé de comprendre que ces

1. J. Wolff. *Über die Theorie des Knochenschwundes durch vermehrten Druck und der Knochenbildung durch Druckentlastung.* (*Archiv. f. klin. Chir.* 1891. Bd. 42 p. 302.)

deux concavités, en se rejoignant au genou, le dévient en dehors, et qu'elles impriment tout naturellement au membre l'attitude correspondante. Voilà le type du *genu varum infantium* : il est dû aux diaphyses, et les extrémités articulaires n'y jouent qu'un rôle de seconde main. Le fait n'est pas indifférent en pratique : l'intervention, ici, devra être diaphysaire et porter en même temps sur le squelette de la cuisse et sur celui de la jambe.

Tout autre est le *genu varum des adolescents*, tel qu'il existe, comme aspect clinique, au moins, chez notre fillette, bien que, chez elle, le début remonte à l'enfance. Les diaphyses sont intactes : tout se passe dans les épiphyses, et, j'ajouterai même ici, dans les condyles. Il y a là, de toute évidence, une anomalie d'évolution. Quelle en est la cause? Quel en est le siège précis? La réponse mérite d'être discutée.

Est-ce le rachitisme, un rachitisme tardif et local, qui, dans cette variété encore, est le *primum movens* du développement vicié? On en retrouve, chez notre malade, des traces assez manifestes : elle a marché très tard, elle a eu, pendant un certain temps, « les jambes torses », elle est petite, ramassée, en quelque sorte, ses membres sont courts et comme tassés. De plus, le genou droit, sans présenter une réelle déformation, ne décrit pourtant pas l'angle à sinus externe, d'amplitude normale. La bilatéralité des lésions, fussent-elles à peine esquissées d'un côté, est un appoint sérieux à l'appui de la théorie rachitique.

Pourtant ce mode pathogénique n'est pas exclusif, et le genu varum peut tenir son origine d'autres conditions morbides ou simplement mécaniques. Comme l'a montré Tripier, certains défauts inhérents à la statique des membres suffisent à entraîner la déviation permanente du genou, et cela est vrai surtout durant la période d'accroissement des os, alors que les pressions anormales agissent si profondément sur la croissance, la forme et la direction des segments squelettiques. Les recherches de Wolff ont bien montré que le tissu osseux, malgré les apparences, est loin d'être à l'abri de ces influences *mécaniques*, et qu'il s'y prête, au contraire, avec une malléabilité inattendue. Cela s'applique surtout au tissu osseux déjà malade; et, dans une thèse allemande de 1884, un élève de Wolff, M. Trezezinski[1], cite un fait de genu varum.

1. Trczezinski. *Über die Pathogenese und Etiologie des Genu varum adolescentium. — Inaug. Diss. Berlin*, 1884.

survenu lentement, au milieu de douleurs vives, chez un jeune homme de 23 ans, qui n'avait du reste, ni dans ses antécédents, ni dans son passé, aucune trace de rachitisme : et l'auteur en rapporte l'origine à une ostéite déformante localisée, ostéite torpide, d'allures chroniques, sorte de processus ostéomalacique larvé, qui ne se révélait guère que par la persistance des douleurs.

Je n'insiste pas; mais, quel que soit le mécanisme de la déformation, le cartilage de conjugaison, ou, plus généralement, la région dia-épiphysaire y joue un rôle majeur. L'évolution du cartilage ne marche plus du même pas sur toute sa largeur, il croît trop en dehors, ou trop peu en dedans : mais de là peuvent naître deux éventualités. L'hypergénèse osseuse se fait-elle au-dessus ou au-dessous du disque conjugal? *Est-ce le condyle, est-ce l'extrémité diaphysaire qui s'allonge trop?* La distinction ne laisse pas que d'être intéressante, elle a son importance pratique. M. Mickulicz[1] a donné, dans un mémoire de 1879, une série de plan ches, sur lesquelles il est aisé de se convaincre que l'excès d'accroissement osseux a porté, en réalité, *sur la diaphyse* : le condyle n'est nullement hypertrophié, il a conservé des dimensions physiologiques, et toutes pareilles à celles du condyle opposé: il est seulement refoulé, abaissé, par l'allongement du bord correspondant de la diaphyse : si la ligne articulaire est devenue oblique en haut et en dedans, le plan du disque conjugal, sur les coupes, se montre oblique dans le même sens.

Ailleurs, et le plus souvent, peut-être, c'est bien *sur le condyle* que porte l'excès de développement; il est non seulement plus haut et plus long, mais il présente encore des traces d'un processus d'ossification exagérée et un relief anormal de sa face externe. Le fait est de vérification aisée chez notre fillette : et le tubercule du condyle externe y dessine une saillie abrupte, qui soulève la peau, et qui frappe tout d'abord, à l'examen du genou. De plus, le condyle interne est non seulement masqué par la déviation du membre et le déplacement en dedans du tibia, mais, en l'explorant de près, on se rend compte qu'il s'agit là d'une véritable *atrophie*, et que, dans tous les sens, il est de diamètre beaucoup moindre que le condyle externe.

1. Mickulicz. *Die seitlichen Verkrümmungen am Knie und deren Heilungsmethoden.* (*Archiv. f. klin. Chir.* 1879. Bd. XXIII.)

Nous avons donc affaire, ici, à *un genu varum d'origine nettement condylienne, et nettement fémorale*. Or, la même évolution viciée peut se rencontrer à l'extrémité supérieure du tibia, et créer un autre type pathologique, que j'appellerai, si vous le voulez, le *genu varum d'origine tibio-condylienne*. — De fait, c'est la répétition au niveau du cartilage conjugal supérieur du tibia, des anomalies d'ostéogénèse dont nous parlions tout à l'heure. Vous en avez vu un exemple, des mieux caractérisés, chez ce jeune garçon de 15 ans, auquel nous avons pratiqué l'ostéotomie infra-condylienne du tibia gauche. Le genou était absolument régulier, *la ligne articulaire figurait un plan horizontal*, et l'axe vertical, tombant de la tête du fémur, traversait l'espace intercondylien, mais, plus bas, il se terminait en dehors du pied. Pourquoi? Parce que, au-dessous de ces deux condyles, le tibia, et la jambe avec lui, avaient subi *une sorte de plicature en dedans*: un sillon profond, très net, bordait en dessous la tubérosité interne du tibia, alors que, du côté opposé, l'extrémité diaphysaire se continuait, avec l'autre tubérosité, suivant une courbe arrondie et convexe. Ici, j'ai tout lieu de croire que la théorie de



Fig. 61. — Genu varum bilatéral, surtout accusé à gauche.

M. Mickulicz était la vraie : il n'y avait pas de différences sensibles dans le volume, dans la forme des deux condyles tibiaux, et suivant toute probabilité, *tout le travail pathologique s'était passé en dessous du cartilage conjugal sur l'extrémité adjacente de la diaphyse.*

Chez notre jeune malade, les attenances rachitiques de l'affection ne paraissaient guère douteuses, car elle était déjà presque bilatérale, et une ébauche de déformation s'accusait au genou droit. nous avons même assisté à un fait intéressant, et qui va à l'encontre des théories purement mécaniques : cette plicature en dedans du tibia droit, à peine esquissée à l'époque où nous avons pratiqué le redressement du tibia gauche, s'accentua très manifestement pendant le séjour au lit, qui suivit cette intervention. Nous reviendrons, du reste, sur son histoire.

Vous voyez, Messieurs, que, sans sortir du cercle des constatations cliniques, il est aisé de reconnaître plusieurs types du genu varum, différents par leur origine et le siège précis de la déformation :

1. Le genu varum d'*origine diaphysaire* (courbure rachitique du tibia et du fémur);

2. Le genu varum d'origine *dia-épiphysaire.*

A. *Fémorale* : Allongement de l'*extrémité sus-condylienne de la diaphyse.*
— Allongement du *condyle.*

B. *Tibiale* : Allongement de l'*extrémité sous-condylienne de la diaphyse.*
— Allongement du *condyle.*

Cette classification permet de localiser d'avance l'action chirurgicale, et d'indiquer le point où devra porter la section osseuse.

Je ne crois pas, en effet, qu'il puisse venir à l'esprit d'aucun de vous de soumettre le genou de notre petit malade, un genou qui ballotte et dont l'armature ligamenteuse est notablement affaiblie, aux hasards d'un redressement manuel ou instrumental. Non, il est trop simple et trop bénin de faire une courte incision, d'y glisser un ciseau et de couper le fémur ou le tibia, pour que nous tentions les risques d'une autre intervention, toujours moins précise, quoi qu'on en puisse penser. Mais *que faut-il couper*, le fémur

ou le tibia? Et quel type de section, *quelle variété d'ostéotomie* faut-il faire?

Puisque nous nous trouvons en présence d'un processus condylien, il semble que l'opération logique devrait être le procédé d'Ogston, changé de côté : je veux dire la section oblique du condyle externe, lui permettant de glisser et de remonter le long de la face externe de la diaphyse et de se remettre de niveau, par sa face articulaire, avec le condyle interne. Mais ce résultat ne s'obtient jamais qu'au prix d'une encoche profonde de la surface articulaire du fémur, et aussi d'un relief plus ou moins accusé sur la face externe de la cuisse; de plus, le tissu osseux sectionné verse toujours du sang dans la cavité articulaire, et l'irritation qu'il y provoque, tout aseptique qu'elle soit, n'est jamais une quantité négligeable.

Je ne ferai pas davantage l'*ostéotomie cunéiforme* du fémur, et la déviation ne me semble pas assez considérable pour que le redressement ne puisse se faire sans l'excision d'un coin osseux à base externe. Cette perte de substance a un défaut inévitable, elle raccourcit le membre; et pour les courbures diaphysaires, même très accusées, la section linéaire, ou, s'il le faut, des sections linéaires multiples, donnent, en général, d'excellents résultats définitifs. En effet, comme l'explique fort bien un élève de Wolff, M. Joachimstal[1], ce qui doit être le but de notre intervention, c'est moins la restauration immédiate de la forme normale de l'os que le redressement du membre, que *le rétablissement de ses axes, de ses lignes de pression*; en somme, il faut restituer à la statique du membre ses conditions physiologiques : l'évolution, le processus vital de l'accroissement osseux, feront le reste.

Ce sera donc à l'*ostéotomie supra-condylienne* du fémur, à la méthode de Macewen, que nous nous adresserons, en l'accommodant au sens de la déformation. Nous ferons, sur la face externe de la cuisse, un peu au-dessus du condyle externe, une incision de 2 à 3 centimètres allant jusqu'à l'os : par cette brèche, nous glisserons un ciseau, et nous nous mettrons en devoir de sectionner transversalement le fémur à la racine du condyle, progressant à petits coups, jusqu'à ce que la diaphyse ait été intéressée dans les trois quarts environ de son épaisseur; le redressement sera complété alors à la

1. JOACHIMSTAL. *Lineäre oder Keilförmige Osteotomie?* — *Berliner Klin. Woch.* 1892. N° 34.

main, ce qui permet d'éviter toute échappée fâcheuse de l'instrument. Ajoutons qu'on rencontre parfois de réelles difficultés, à rompre le pont diaphysaire, que le ciseau a respecté : il arrive que le fémur soit, en pareil cas, d'une dureté extrême et d'une résistance tout à fait anormale, et nous avons pu nous en convaincre, je vous le rappelais en commençant, au cours de la double ostéotomie fémorale que nous avons pratiquée, pour un genu valgum bilatéral, chez notre jeune garçon de 17 ans. — Une fois le redressement obtenu, quelques points de suture réuniront la petite plaie, et une longue gouttière plâtrée, attentivement surveillée pendant sa dessiccation, immobilisera le membre dans son attitude physiologique. On a proposé, et c'est la pratique de Wolff, de ne pratiquer le redressement qu'après l'application de l'appareil plâtré : je trouve peu d'avantages et quelques inconvénients à ce mode de faire, que je n'imiterai pas.

Il est bien certain que la rectitude du membre ne se rétablit qu'au prix d'une déhiscence plus ou moins large, suivant le degré de la déformation primitive des deux fragments : tous deux ne sont en contact que par une certaine étendue de leur surface de section, en dehors; en dedans, ils s'écartent l'un de l'autre, ils bâillent plus ou moins, ils laissent un creux, une perte de substance, sous la forme d'un angle dièdre à base interne, que devra combler la cicatrice, le cal. Si le sujet est jeune, comme l'est notre petite malade, si la déformation n'est pas extrême, cet écart nécessaire des deux bouts de l'os ostéotomisé se comble aisément, et le cal n'en est pas moins solide; dans des conditions opposées, il deviendrait indiqué de recourir à l'ostéotomie cunéiforme, ou aux sections multiples.

Du reste, on s'est adressé souvent au tibia et au péroné, dans les opérations de redressement du genu varum. Dans sa thèse de 1883, M. Campenon[1] rapporte huit observations de cette ostéotomie linéaire double, tibio-péronière; et l'année précédente, M. Bœckel publiait deux faits du même genre. Il s'agissait du genu varum adolescentium, bilatéral; M. Bœckel opéra successivement, à un court intervalle, les deux genoux : de chaque côté, il sectionna le tibia à trois doigts au-dessous de sa tubérosité, et le péroné à trois doigts au-dessous de sa tête. Le résultat fut excellent.

1. Campenon. *De l'Ostéotomie.* — *Th. Agrég.* 1883.

Je vous rappelais plus haut un fait récent, dans lequel notre conduite a été la même : ici, la déformation siégeait, de toute évidence, dans le tibia, et l'incurvation en dedans du genou portait tout entière sur la région dia-épiphysaire de cet os, qui semblait comme plié à cette hauteur : une incision menée, sur la face interne du tibia, au niveau de cette inflexion, nous permit de le sectionner, au ciseau, dans presque toute son épaisseur : il devint alors possible de redresser le membre et de lui rendre sa direction normale, sans toucher au péroné. Immobilisé dans un plâtre pendant quarante jours, notre petit malade marche aujourd'hui très bien.



Fig. 62. — Genu varum gauche, redressé par l'ostéotomie supra-condylienne du fémur.

Le siège même de l'incurvation, fémorale ou tibiale, marque donc le point d'élection de la section osseuse; on conçoit de même qu'en présence d'une déformation étendue et complexe, il puisse être utile de faire l'ostéotomie du fémur et des os de la jambe, ou même des sections osseuses plus multipliées encore.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que notre intervention n'entre que pour une part dans le mécanisme de la guérison; elle ne sert qu'à remettre dans le droit chemin, qu'à ramener à ses conditions régulières le travail vital du développement osseux. Il y a là une raison de plus pour agir de bonne heure : livrées à elles-mêmes, ces déformations, par le fait des mêmes conditions évolutives, ne peuvent que s'aggraver.

L'ostéotomie supra-condylienne a été pratiquée le 28 mai, le membre redressé et immobilisé dans une gouttière plâtrée. Quand on l'enleva, au quarante-huitième jour, la petite plaie était réunie, la consolidation était complète, et les mouvements de latéralité, très marqués avant l'opération, avaient en grande partie disparu. La petite malade, dont le membre est aujourd'hui bien droit (Fig. 62), marche d'une façon très satisfaisante. Le genou conservant encore quelques mouvements de latéralité, nous avons fait fabriquer un appareil de soutien à tuteurs articulés, qui ne gêne nullement les mouvements antéro-postérieurs, et dont le port ne sera, du reste, que temporaire.

XIII

L'ANKYLOSE DU GENOU ET SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

La cure opératoire des ankyloses du genou : historique. — Indications opératoires tirées : 1° des origines de l'ankylose ; 2° de sa forme et de ses lésions anatomiques. L'état des extrémités articulaires dans les ankyloses anciennes : déformations progressives, atrophie graisseuse, raccourcissement général du membre. — Nécessité d'une intervention précoce. — Méthode non-sanglante et méthode sanglante de redressement. — La résection cunéiforme : exemple. — L'excision linéaire courbe des surfaces articulaires (Helferich) : technique, avantages, indications.

Messieurs,

Vous savez que l'ankylose du genou est loin d'être une infirmité rare, et vous avez souvent croisé ces *estropiés*, qui marchent sur un béquillon plantaire, appareillé à une plaque d'appui sous-fémorale, ou encore sur un pilon de jambe, le genou fléchi à angle droit, la jambe et le pied inertes et gênants. Quelles sont, devant ces malformations acquises, les ressources de la chirurgie réparatrice? C'est la question que je veux soulever et discuter devant vous, en vous présentant deux ankylosées du genou, une malade opérée depuis plusieurs mois, l'autre que nous allons opérer dans un instant.

Durant de longs siècles, ces estropiés sont restés des incurables, et je n'étonnerai personne en disant que, dans l'esprit de quelques-uns, il en est encore ainsi aujourd'hui. Hippocrate recommandait de mettre le membre inférieur dans la rectitude, au cours d'une immobilisation pour fracture ou pour arthrite : sage précaution, vieille comme la médecine, et qu'on transgresse encore. Mais, si l'on s'efforçait de prévenir l'ankylose angulaire, en présence de la difformité établie, la thérapeutique chirurgicale se déclarait impuissante. C'est à peine si l'on peut tenir pour une ébauche d'intervention active la section des brides cicatricielles, que pratiquait Celse.

Il faut venir à Fabrice de Hilden, en 1660, pour trouver une

division nette des ankyloses : *ankyloses osseuses, rebelles; ankyloses « ligamenteuses », curables par le redressement lent;* et la méthode était reprise par Verduc, en 1685, qui, à l'aide d'un appareil de son invention, l'appliquait avec succès sur une fillette de 10 ans.

Ce n'est que dans le courant du siècle que la cure des ankyloses et, en particulier, de l'ankylose du genou, est devenue efficace, et que se sont montrées successivement les grandes méthodes, parmi lesquelles nous aurons à faire un choix.

Or, Messieurs, les indications opératoires, pour être positives, doivent se tirer des deux éléments que voici : 1° *les origines de l'ankylose;* 2° *la forme de l'ankylose*, et *les lésions anatomiques* qui la caractérisent.

Je ne veux point vous énumérer les affections qui laissent derrière elles le genou enraidi ou soudé, mais je tiens à les grouper en deux catégories, fort différentes en pratique, et dont je vous donnerai des exemples. Les unes sont exclusivement *articulaires*, ou, du moins, n'intéressent que secondairement les extrémités osseuses : cartilages et épiphyses ne subissent alors que des altérations banales, consécutives à l'ankylose elle-même, à l'immobilisation, à la dystrophie.

Ainsi en est-il chez la jeune femme de 21 ans, qui fait l'objet de notre entretien. A la fin d'août 1895, elle tombe en cirant son parquet, se relève, souffre un peu du genou gauche, et, au bout de quelques heures, reprend son travail comme devant. Le lendemain, les jours qui suivent, aucune trace de l'accident, qu'elle rappelle aujourd'hui avec insistance, mais qui n'eut, en réalité, qu'une importance fort médiocre. Une semaine après, le genou devient le siège de douleurs, légères d'abord, et qui s'exaspèrent vite : il se gonfle, il rougit, et la malade, abattue, fébrile, est contrainte d'entrer à l'hôpital. A ce moment, elle perdait abondamment en jaune, dit-elle, et l'interrogatoire ne laisse aucun doute sur la nature blennorrhagique de l'affection articulaire. L'arthrite suivit une marche très aiguë et procéda par poussées successives, qui se marquaient par le retour ou la recrudescence de la fièvre, des douleurs, du gonflement; toutes les phases de cette longue histoire, qui dura trois mois, sont très bien rapportées par la malade et ont été minutieusement relevées par un de nos plus dévoués externes, M. Bohn.

C'est un type intéressant d'*arthrite blennorrhagique à rechutes.* Le 19 novembre, la malade est envoyée au Vésinet, mais le genou ne reprend que lentement son volume normal, et se place peu à peu dans la position vicieuse que nous lui trouvons aujourd'hui.



Fig. 63. — Ankylose angulaire du genou, d'origine blennorrhagique.

La jambe est fléchie sur la cuisse d'environ 115°, et si bien immobilisée dans cette attitude, qu'on obtient à peine, et non sans douleur, une très légère ébauche de déplacement ; la soudure n'est donc pas complète, osseuse, c'est une *ankylose fibreuse serrée.* Le genou a repris ses contours habituels, il reste pourtant un peu gros, et les deux condyles dessinent un relief très saillant.

En pareil cas, dans cette variété d'arthrite plastique ankylosante, la participation des os est toute secondaire, et le fait aura son importance dans les déterminations opératoires. Toujours est-il que toute une classe d'arthrites, les arthrites traumatiques, celles qui succèdent aux fractures para-articulaires, etc., laissent à leur suite des ankyloses de même caractère.

Vous comprenez que la situation soit tout autre, quand l'affection se présente comme la phase ultime, comme le terme de guérison, apparente, du moins, d'*une tumeur blanche du genou*, ou d'une *pseudo-tumeur blanche ostéomyélitique.* Les foyers osseux sont-ils réellement éteints ? Vous savez qu'on les retrouve encore, à une date souvent très lointaine, dans l'épaisseur des épiphyses, à l'état latent, mais toujours prêts à reprendre une activité nouvelle et

à servir de point de départ à une récidive. De là, le danger des tentatives violentes, du redressement brusque, de l'arthroclasie. Chez un malade que j'opérai en décembre 1891, j'ouvris le genou, dans l'intention de faire une résection orthopédique, mais les lésions osseuses étaient si profondes, malgré les apparences extérieures et l'ancienneté de la crise aiguë, qu'elles me forcèrent à terminer par l'amputation de la cuisse[1].

D'ailleurs, même dans le premier groupe de faits, Messieurs, *le squelette articulaire*, qui n'a pas été intéressé par le processus initial, *devient le siège, à la longue, d'altérations graves*, qui dérivent de l'ankylose elle-même, et qui varient d'intensité avec la forme qu'elle revêt.

L'ankylose rectiligne du genou est essentiellement respectable, et, en somme, sous la réserve d'être solide et indolente, elle ne crée que des désordres fonctionnels restreints : il n'en va plus de même de l'ankylose angulaire. L'angle est obtus, droit, aigu même : il est obtus, chez notre malade d'aujourd'hui; voyez-la debout : elle s'appuie sur ses orteils, le pied dans l'extension, la cuisse un peu fléchie; dans la marche, très pénible, très lente, et qui ne peut se faire qu'avec une béquille et une canne, la progression n'a lieu que par une succession de petits sauts. Le genou était à angle droit, chez notre première opérée, comme vous pourrez le constater sur la photographie, et depuis longtemps elle marchait avec deux béquilles, qu'elle a été trop heureuse de laisser ici. Plus l'angle se ferme, et plus la malformation s'aggrave, et cela est plus vrai encore dans les formes où, à la flexion simple, se combinent la rotation de la jambe sur son axe, qui dérive de la subluxation du tibia, ou son inclinaison latérale, autrement dit, dans l'*ankylose angulaire complexe*.

Or, Messieurs, les lésions s'accroissent avec ces degrés avancés de l'ankylose, et cette anatomie pathologique est d'un grand intérêt pratique. Quels sont les tissus qui résistent à l'extension? Dans quel ordre se rompent-ils? Et au prix de quels désordres, osseux et articulaires, obtient-on le redressement complet? Quelques expériences, que j'ai pu faire récemment à l'École pratique, et les pièces que j'ai recueillies et que je vous présente, nous serviront de base.

1. Voy. plus haut : Les formes graves de l'ostéomyélite chronique prolongée.

Sur le cadavre d'une femme d'une cinquantaine d'années, que je prendrai pour exemple, les deux genoux étaient ankylosés à angle obtus, mais se prêtaient encore à un très léger glissement du tibia, sur les condyles, suffisant à prouver que la soudure n'était pas osseuse. Je cherche à pratiquer le redressement, en exerçant une forte pression sur l'angle de coudure : la résistance est considérable : la peau du creux poplité est sectionnée, rien ; les muscles postérieurs, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, sont sectionnés : la résistance diminue à peine ; les ligaments latéraux, le ligament postérieur sont coupés : la jambe s'étend un peu, mais le redressement est loin d'être complet. On l'achève enfin par une pression violente ; puis le genou est ouvert, et voici ce que je constate : *les condyles fémoraux sont aplatis, tassés, écrasés, au niveau de leur demi-volute antérieure*, et par de nombreuses fissures, ouvertes à leur pourtour et surtout en avant, ils laissent suinter une moelle rougeâtre et graisseuse. *A leur partie postérieure ils sont érodés et creusés d'une dépression ovalaire, qui marque leur surface de contact avec les condyles tibiaux* ; eux-mêmes, les plateaux du tibia présentent, au niveau correspondant, une dépression de même aspect. Des paquets d'adhérences, filamenteuses et rougeâtres, en partie rompues, enveloppent les ménisques et les ligaments croisés : une membrane, presque complète, est étendue comme un diaphragme entre le cul-de-sac sous-tricipital et la grande cavité synoviale.

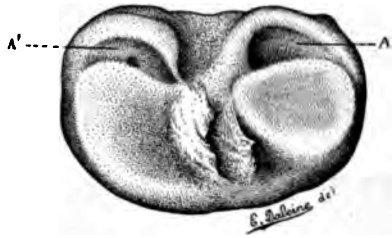
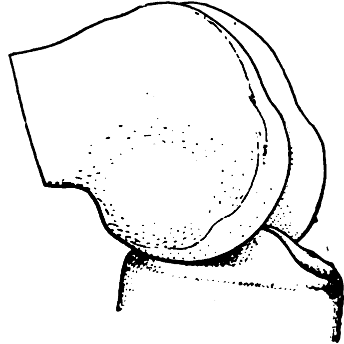


Fig. 64. — Ankylose angulaire du genou. Empreintes érodées du tiers postérieur des plateaux du tibia.


Fig. 65. — Ankylose angulaire du genou. Allongement secondaire des condyles fémoraux.

Que signifient ces *empreintes érodées tibio-fémorales?* Que la statique de l'articulation s'est modifiée, et que la pression porte sur la partie postérieure des surfaces articulaires. C'est au même

niveau que siège la soudure osseuse, lors d'ankylose vra ma première opérée, je me trouvai en présence de deux osseuses, compactes, épaisses de 2 centimètres 1/2 à mètres, qui reliaient, comme deux piliers, le tibia au D'autre part, le large écart des surfaces, en avant, perm rendre compte de la *déformation secondaire des cond* Volkmann avait signalée : les condyles s'allongent et la fi voici (Fig. 65) vous le montrera, et *cette hypertrophie téresse que leur moitié antérieure*, devient un obstacle, et pal obstacle, au redressement : on ne l'obtient, et les ex cadavériques le prouv par l'effraction, l'écrase l'épiphyse fémorale.



Fig. 66. — Ankylose angulaire du genou, datant de dix-sept ans.

Vous le voyez, Messieu dans l'ankylose fibreuse est angulaire et de quelqu neté, c'est au squelette ar que s'adresse, en réalit chirurgical. Les brides i culaires, qui créent pa véritable symphyse, la r des ligaments, et spécial ligament postérieur, la r musculo-tendineuse, jo rôle important, mais de ligne : on peut couper le et les muscles raccourcis savez quel usage et quel a fait, à une certaine ép ces ténotomies et de ces m péri-articulaires ; on pe dre peu à peu ou rom quement les ligaments : une déformation osseuse, dûment risée, ne cède pas aussi aisément.

Et l'on ne saurait nier, que, plus l'ankylose vieillit, déformation osseuse s'aggrave : elle se complique de toute de lésions secondaires, qui deviennent aussi, avec le te étendues et plus profondes. C'est d'abord la *raréfaction g*

des extrémités articulaires, depuis longtemps immobilisées. Notre première opérée (Fig. 66) avait son genou gauche ankylosé depuis dix-sept ans, les condyles fémoraux friables, jaunâtres et suintant la graisse, s'effritaient sous le doigt, et je fus contraint de les réséquer dans toute leur hauteur et de remonter jusqu'à l'origine même de la diaphyse, pour trouver un tissu plus solide, plus vasculaire, plus vivant, et susceptible de se prêter à la suture osseuse et à une réunion ultérieure; les plateaux du tibia étaient un peu moins altérés.

Chez elle, encore, l'affection primitive remontant à la première enfance, la longueur totale des deux segments coudés du membre inférieur gauche était notablement inférieure à celle du membre droit : il y avait 6 centimètres de raccourcissement, environ, pour la jambe, et 5 pour la cuisse. Ces *arrêts de développement* rentrent, du reste, dans la règle commune, et l'immobilisation prolongée d'une jointure entrave toujours l'évolution des cartilages de conjugaison qui l'avoisinent.

Les désordres peuvent être d'une autre nature encore que le simple raccourcissement, et l'on a observé des déformations du corps même du fémur et du tibia; dans une thèse récente, un élève de M. Jaboulay (de Lyon), M. Masson[1], a relevé un certain nombre de faits de ce genre : le redressement du col du fémur et sa projection en avant, l'aplatissement transversal et la courbure antérieure du fémur et du tibia, représentent les principales déformations.

La conclusion générale qui se dégage de cette étude n'est-elle pas la suivante : *nécessité d'une intervention précoce?*

Qu'allons-nous faire? Comment allons-nous redresser le genou de notre jeune patiente et lui rendre un membre utile? Vous savez que nous avons à notre disposition deux grandes méthodes : le *redressement non sanglant, manuel ou instrumental*; le *redressement opératoire proprement dit*.

Croyez-vous que, sur une ankylose aussi serrée, et, de plus, compliquée déjà d'une déformation condylienne, l'*extension continue*, même prolongée, nous puisse fournir un résultat positif et durable? Je ne le pense pas; je n'aurais même pas recours à cet

1. Masson. *Des déformations des os du membre inférieur, amenées par les ankyloses du genou. Th. doct. Lyon*, 1892.

excellent appareil de mobilisation du genou, que mon maître Le Fort avait inventé et construit, et que vous m'avez vu maintes fois employer pour des raideurs du genou. Nous perdrions notre temps, tout en réveillant peut-être dans la jointure un processus aigu qui n'est pas encore définitivement éteint.

Je ne ferai pas davantage le *redressement brusque*, bien que les ostéoclastes nous permettent aujourd'hui de faire un brisement articulaire, une arthroclasie plus régulière et plus précise. Le procédé est d'application fort ancienne, et, si cela suffisait, il aurait de beaux quartiers. Vous rappellerai-je la fameuse machine de Louvrier[1] : les publications du temps sont remplies de ses hauts faits et de ses méfaits : deux cas de mort, un cas de gangrène par rupture de l'artère poplitée, l'impotence ultérieure du membre, fréquemment observée : la luxation du tibia en arrière, non moins fréquente : tels sont les accidents qu'on inscrit dès lors à son passif. Plusieurs d'entre eux ont été observés avec tous les modes d'extension forcée : la luxation du tibia, par exemple : les condyles allongés forment cale ; et le tibia, y prenant point d'appui, glisse et se dégage en arrière. Avec Bonnet (de Lyon), J. Guérin, Palasciano, le redressement forcé, souvent combiné aux sections tendineuses, devient moins dangereux et plus efficace, et Nüssbaum l'aurait pratiqué cent dix-neuf fois avec succès.

Il n'en reste pas moins cette objection, toujours présente, lorsqu'il s'agit d'une ankylose ancienne et rigide : *on ne sait ce que l'on brise*. La rupture des brides fibreuses, intra ou péri-articulaires, ne suffit pas, et la rectitude complète du membre ne va pas sans l'écrasement et le tassement des condyles. Ailleurs, c'est le fémur qui se rompt, ou le cartilage de conjugaison qui se décolle. Il en résulte, pour l'avenir, tout un ensemble de désordres fonctionnels, et il en est de ces ankyloses comme des luxations anciennes, qu'on finit par réduire avec les méthodes de force, et qui laissent derrière elles un membre impotent. J'ai fait, il y a trois ans, le redressement forcé du genou, sur une malade de la salle Lisfranc, pour une ankylose ancienne : bien que l'intervention eût été, je crois, régulière, et que de gros et nombreux craquements eussent accusé des ruptures importantes, les douleurs persistèrent, la marche resta pénible, la déformation du genou se

1. Louvrier. *Nouvelle méthode du traitement de l'ankylose angulaire du genou.* (*Bull. Académie de médecine* 1840-41. VI. p. 639 655.)

reproduisit même en partie, et il faut reconnaître que les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. Je réserve donc, pour ma part, le *redressement forcé aux raideurs articulaires ou aux ankyloses fibreuses lâches*, et je me garderai bien de le tenter ici.

L'ostéotomie linéaire du fémur serait très simple, et, grâce à ce fait que l'ankylose n'est pas d'un angle très considérable, elle donnerait sans doute un assez bon résultat[1]. Mais la section fémo-



…g. 67. — Ankylose angulaire du genou, datant de dix-sept ans. Redressement par la résection orthopédique. (Voy. Fig. 66.)



Fig. 68. — Même opérée que figure 67. Le membre opéré pourvu de son appareil prothétique.

rale ne laisse pas moins subsister la soudure du genou, et le redressement général du membre ne s'obtient qu'au prix de l'inclinaison réciproque des deux fragments, de la *saillie du genou en avant*, et du *raccourcissement*, et ces déformations compensatrices, en quelque sorte, sont d'autant plus marquées et plus apparentes que l'ankylose était plus fermée.

Je ferai mieux, je pense, au moins dans le cas présent, en allant droit au foyer du mal, à l'ankylose, et en faisant porter

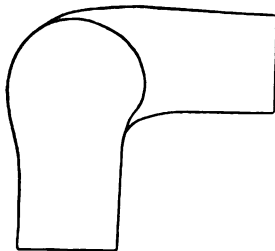
1. Voy. PENNEL : *Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur. Th. doct.* 1885.

directement sur elle, à découvert, l'intervention réparatrice.

C'est ainsi que j'ai procédé chez notre première malade, que je vous présente aujourd'hui guérie : l'ancienneté de l'ankylose, le degré de flexion du genou (Fig. 66), l'altération des extrémités articulaires, m'obligèrent à exciser un large coin d'épiphyse fémorale : aussi le raccourcissement est-il considérable, il dépasse 20 centimètres ; mais il n'est attribuable que pour une partie à la résection cunéiforme, la jambe et la cuisse étant, par avance, le siège d'un arrêt de développement, qui se traduisait par une réduction de longueur de plus de 10 centimètres.

Aujourd'hui, si le membre est trop court, il est droit (Fig. 67), le genou est solide bien que la soudure osseuse ne soit pas absolument complète, et l'appareil prothétique, que nous avons fait construire, engaine le membre jusqu'à mi-cuisse, et se termine, en bas, par une semelle d'appui, pour le « vrai pied », et par un pied artificiel, qui, seul, paraît sous la jupe (Fig. 68). Vous voyez que la marche est facile, régulière, et qu'il ne reste qu'une légère boiterie, destinée, sans doute, à disparaître, en partie, dans l'avenir[1].

Chez notre ankylosée d'aujourd'hui, nous chercherons à redresser le membre à moins de frais et nous réduirons au minimum la perte de substance osseuse, pour réduire d'autant le raccourcissement post-opératoire. Je pratiquerai la *section linéaire courbe* ou mieux l'*excision semi-lunaire*, dont je trouve tout récemment encore des exemples intéressants dans un mémoire de M. Helferich (de Greifswald)[2]. Voici quel est le procédé, et les deux figures ci-contre, extraites du travail de M. Helferich, vous permettront de le comprendre : au lieu de tailler, par deux plans de section qui se rencontrent angulairement, un copeau prismatique, *deux traits de scie, courbes et parallèles, détachent un crois-*


Fig. 69. — Section linéaire courbe d'une ankylose angulaire. (*Arch. f. Klin. Chir.* Bd 41. Taf. III, fig. 2.)

1. La malade nous écrit, de son pays, à la date du 16 avril dernier : « Je suis heureuse de votre opération, qui m'a fait supprimer mes vilaines béquilles, au bout de dix-sept ans ; je fais beaucoup de progrès, et, dans quelques mois, il sera difficile de voir que j'ai été aussi longtemps infirme. »

2. HELFERICH. *Ein neues Verfahren zur Operation der winkeligen Kniegelenksankylose.* (*Archiv. f. klin. Chir.*, 1891. Bd 41, p. 346 (figures).

sant osseux, concave sur sa face fémorale, convexe sur sa face jambière, toujours plus épais en avant; une fois l'ankylose redressée, les deux extrémités articulaires, l'une arrondie, l'autre excavée, s'emboîtent comme un condyle dans une cavité, et la solidité du cal n'en est que mieux assurée.

Les trois observations que rapporte M. Helferich, les dessins qu'il donne de ses ankylosés, avant et après l'opération, nous semblent très encourageants. Chez l'un d'eux, un enfant de 13 ans, dont le genou était soudé à angle droit, la lentille osseuse, concavo-convexe, excisée, mesurait 22 millimètres en avant, 7 millimètres en arrière; mais il considère comme de toute nécessité de combiner à ce temps principal de l'opération la section des brides poplitées et des tendons rétractés du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux, section qu'il pratique à ciel ouvert.

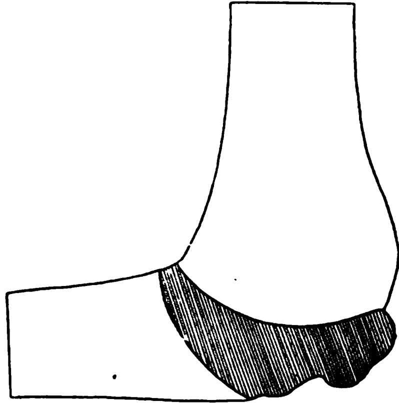


Fig. 70. — Croissant osseux excisé chez l'un des opérés de M. Helferich. (*Loc. cit. Taf.* III, Fig. 4.)

Du reste, Messieurs, *ce sciage courbe des extrémités articulaires*, dans les résections, ne date pas d'hier : déjà Kocher, en 1888 [1], le recommandait, sans en faire, d'ailleurs, l'application spéciale à la cure des ankyloses; il lui assignait ce double avantage, de nécessiter une perte de substance moins large des deux os, et d'assurer, par leur emboîtement réciproque, le fémur étant scié convexe, et le tibia concave, une fixation régulière de leurs deux extrémités, sans sutures. Metzger, Fenwick [2] avaient eu recours également à la double section courbe.

Pour nous, Messieurs, nous chercherons à nous dispenser des sections tendineuses poplitées : l'âge et le degré de l'ankylose nous donnent lieu de penser que le redressement ne s'en fera pas moins.

1. Kocher. *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Bern.* (*Archiv. f. klin Chir.*, 1888, Bd 37, p. 804.)
2. Cités par Kocher, *loc. cit.*

Voici donc quel sera notre programme opératoire : ouvrir le genou par la grande incision en U, relever le lambeau et enlever la rotule ; puis, le foyer de l'ankylose étant largement découvert, détruire les brides fibreuses ou les ponticules osseux intra-articulaires, et désunir aussi complètement que possible les deux surfaces soudées : cela fait, et les parties molles du creux poplité étant bien protégées, *j'exciserai, avec la fine scie de Larrey, par un trait courbe, parallèle à la convexité du condyle, une lamelle osseuse semi-lunaire, et, par un second trait de scie, de même courbure, j'en taillerai une seconde, aux dépens de la surface articulaire du tibia.* J'éviderai, au ciseau, s'il est nécessaire, ce second plan de section, et j'agrandirai de même, sur le fémur, si le redressement l'exige, la perte de substance. — Les détails opératoires ne sauraient être réglés d'avance : ils varient nécessairement suivant les conditions locales, qui ne se révèlent qu'au cours même de l'intervention ; mais tous nos efforts tendront à supprimer le moins possible de la longueur des os. Au genou et au coude, en effet, la résection orthopédique n'obéit pas aux mêmes lois ; au coude, il faut faire *très large, pour créer une néarthrose mobile* ; au genou, c'est un cal, une soudure tibio-fémorale, que l'on veut obtenir, et un *membre solide et peu raccourci.*

L'opération a été pratiquée dans la même séance, le 22 janvier : incision sous-rotulienne, dissection du lambeau, ablation de la rotule ; on détruit à la gouge une adhérence osseuse, au niveau du condyle interne, et la flexion forcée, progressive, vient à bout de rompre les autres adhérences, fibreuses et très serrées. On excise alors, avec la scie de Larrey, d'arrière en avant, aux dépens des plateaux du tibia, une lamelle de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et l'on excave, à la gouge, le centre du plan de section. Un autre trait de scie, mené aussi d'arrière en avant, détache une lamelle, à peu près de même épaisseur, à la surface des condyles : le redressement devient alors possible, sans trop de peine. Pas de suture osseuse, les deux extrémités réséquées s'adaptant assez exactement l'une dans l'autre. Réunion totale ; appareil plâtré.

Aucune réaction ne suivit l'intervention ; le 28 février, le premier pansement est levé : réunion complète, attitude normale du

membre, consolidation du genou déjà très avancée, bien qu'il y ait encore quelques mouvements de latéralité. On applique un appareil silicaté, et, le 5 mars, l'opérée commence à se lever. Le 4 avril, elle quitte l'hôpital : son genou est très solide et indolent, elle marche bien, avec une très légère boiterie; le raccourcissement ne dépasse pas 2 centimètres; une chaussure à semelle épaisse le compense aisément.

XIV

LES FORMES DE LA TUBERCULOSE DU GENOU CHEZ L'ADULTE[1]

Formes initiales : arthrite tuberculeuse aiguë. — Hydarthrose tuberculeuse et ses variétés. — Formes de la tumeur blanche confirmée : ostéo-arthrite tuberculeuse commune; — pyarthrose tuberculeuse; — synovite fongueuse; — tumeur blanche à contenu myxomateux ; — forme hyperostosique ; — forme sanglante. — Exemples. — Indications opératoires.

Messieurs,

Vous savez combien la tumeur blanche du genou est monnaie courante dans nos salles; nous la voyons rarement chez l'enfant, mais, chez l'adulte, à tous ses stades, sous toutes ses formes, nous l'observons et nous la traitons journellement. Il me suffira donc de vous rappeler des exemples, que vous avez encore sous les yeux ou dont le souvenir est proche, pour esquisser devant vous les types généraux de cette localisation si commune de la tuberculose articulaire.

Le jeune garçon de 17 ans, que je vous présente et auquel je vais pratiquer, tout à l'heure, la résection du genou gauche, nous montre, dans sa forme classique, régulière, banale, l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Il est entré salle Michon, il y a plus de deux mois, avec un genou gros, douloureux, empâté, rempli de liquide. A cause de son âge, nous nous sommes adressés d'abord aux moyens conservateurs : l'article a été, depuis ce temps, immobilisé et soumis à une compression énergique et soigneusement renouvelée. — Et, à ce propos, laissez-moi vous répéter que la compression du genou, pour être réelle et positive, ne va pas sans l'application préalable d'une gouttière plâtrée, postérieure, étendue de mi-jambe à mi-cuisse, et sans l'emploi méthodique de la bande de caoutchouc, qu'on serre peu d'abord, et de plus en

1. Leçon recueillie par M. Guillemot et publiée dans le *Bulletin médical*, 1894, p. 519.

plus. Nous avons fait tout cela : le genou s'est quelque peu dégrossi au début, mais à peine la bande compressive était-elle retirée depuis quelques jours, que l'articulation reprenait son volume primitif; les extrémités osseuses se sont épaissies, les douleurs ont persisté, et, depuis quelques semaines, elles ont pris plus d'acuité que jamais. Il nous paraît qu'une intervention s'impose, si nous voulons qu'elle soit conservatrice encore, et que la résection puisse suffire.

Ici, comme vous le voyez, à part la marche rapide du mal, rien que de très simple, aucune hésitation du diagnostic. Il n'en est pas toujours ainsi, et, dans les *formes du début*, comme *dans les formes confirmées* de la tuberculose du genou, nous nous trouvons parfois en présence de tout autres difficultés.

Au lieu de suivre cette lente évolution, qui lui est habituelle, la tumeur blanche revêt parfois, d'emblée, les *allures aiguës* d'une arthrite blennorrhagique ou rhumatismale. Ainsi en fut-il au genou gauche de ce pauvre garçon, dont je vous ai parlé maintes fois, et qui, couché depuis trois ans dans le service, est un navrant exemple de ce qu'on pourrait appeler la *poly-arthrite tuberculeuse*. Son coude gauche se prit d'abord pendant l'hiver 1891 : gros, œdématié, rouge, excessivement douloureux, il nous donna lieu de croire, au début, à une arthrite blennorrhagique, il en avait tous les caractères, surtout si j'ajoute que tout le complexus datait de quinze jours à peine, et s'était développé brusquement; pourtant, il n'y avait pas de blennorrhagie, et l'articulation, immobilisée et comprimée, perdit vite cet aspect inflammatoire pour revêtir celui d'une tumeur blanche, rapidement envahissante. Deux mois après, on pratiquait une résection du coude, dans des conditions déjà très mauvaises, et, au bout de deux autres mois, il fallait *amputer le bras*. Le moignon était à peine cicatrisé que, du même côté, et tout d'un coup, le genou devenait gros, rouge, douloureux et s'emplissait de liquide : c'était l'allure aiguë et brusque de la tuberculose du coude.

On mit en œuvre tous les traitements conservateurs, compression, injections de chlorure de zinc, etc. : rien n'y fit, et, en peu de semaines, les lésions ostéo-articulaires étaient devenues si graves, qu'il fallut se résoudre à *amputer la cuisse*. Ce n'est pas tout : à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, une

autre tumeur blanche avait paru, toujours aussi envahissante, toujours aussi rebelle aux efforts de la thérapeutique conservatrice: après une résection, puis une seconde, je dus *amputer le pouce* (toute la première phalange était cariée), en constituant, tant bien que mal, avec le bout du métacarpien, un moignon un peu saillant, qui fût susceptible de rendre encore quelques minimes services de préhension.

Ce n'est pas encore tout : un mois plus tard, le genou droit, à son tour, se gonfle, c'est une nouvelle tumeur blanche, la quatrième. Cette fois-ci, je reculai devant toute intervention active, et je me bornai à la compression qui, du reste, n'empêche pas le mal de progresser lentement. Durant plus de deux ans de ce martyre, les poumons sont restés indemnes, mais il n'en est plus de même aujourd'hui, et hier, à la visite, le pauvre garçon nous montrait un crachoir plein de sang[1]. Que faire devant ces terribles invasions de la tuberculose qui nous devancent toujours, et que les plus cruels sacrifices sont impuissants à endiguer?

Au coude comme au genou, nous avons eu affaire, d'abord, à une véritable arthrite aiguë; et quand une arthrite de pareille allure apparaît d'emblée, vous concevez que la nature en reste douteuse, au moins dans les débuts. *S'il n'y a pas eu de traumatisme, s'il n'y a pas de blennorrhagie, il faut songer à la tuberculose.* Du reste, dès 1874, Powel, dans sa thèse, signalait des faits de ce genre, sous le titre de pseudo-rhumatisme tuberculeux, et vous en trouverez plusieurs dans la thèse de Chamorro[2]; en somme, ils sont rares.

Ce qu'on a appelé, à l'exemple de König et des Allemands, l'*hydarthrose tuberculeuse*, est une forme de début autrement fréquente de la tumeur blanche du genou. Je vous montrais vendredi dernier, et ce n'est pas le premier exemple que nous rencontrons ensemble, un homme d'une trentaine d'années, un peu pâle, un peu fatigué, et qui, depuis une huitaine de jours, sans traumatisme, sans douleur, avait vu son genou droit se gonfler; la jointure était remplie de liquide et si tendue que le choc rotulien ne s'obtenait qu'avec peine. Nous avons ponctionné ce genou et retiré une

1. Le malade a succombé, en septembre, à ces lésions pulmonaires.
2. *De l'hydarthrose tuberculeuse aiguë.* Thèse de doct., 1888.

notable quantité de liquide séreux, puis la compression a été faite et laissée deux semaines en place : le malade est sorti, n'éprouvant plus de gêne, bien qu'il reste encore dans son genou un peu de liquide et que la synoviale demeure un peu épaissie. Nous le verrons revenir dans quelque temps, je n'en doute pas, avec une nouvelle hydarthrose[1].

Ces épanchements articulaires, d'allure insidieuse, avant-coureurs ou réaction première de la tuberculose, ne sont pas rares chez les enfants. Un jeune garçon de 12 ans m'était amené, par sa mère, dans le courant de l'été dernier, pour un « gros genou » : il n'en souffrait nullement, il continuait ses classes et ses jeux ; de fait, le genou (c'était le genou gauche) était énorme et distendu par une quantité relativement considérable de liquide. Je fis une ponction et une compression régulière, puis le jeune patient fut envoyé, pour plusieurs mois, au bord de la mer. Depuis lors, sans avoir repris son volume initial, le genou, tout en restant indolent, est, malgré cela, toujours le siège d'un léger épanchement et l'avenir ne laisse pas que de nous inquiéter.

Ce sont là, en somme, de grosses hydarthroses. Vous vous trouverez parfois en présence d'un état local plus complexe et d'un diagnostic plus ardu. Un exemple : homme d'une quarantaine d'années, blond, de peau fine et blanche, d'apparence maladive, ressent, depuis plusieurs années, des douleurs dans les jointures du membre inférieur et spécialement au genou droit, qui « craque » depuis longtemps ; durant l'hiver, survient, dans ce genou droit, un léger épanchement accompagné d'assez vives douleurs et suivi d'une atrophie très marquée du triceps. Que devons-nous conclure ? *Poussée rhumatismale ou début de tuberculose* ? Je vous avoue que, malgré la préexistence des douleurs pseudo-rhumatismales, malgré les craquements anciens, l'atrophie rapide du triceps et surtout l'état général me firent pencher vers la dernière hypothèse. Le traitement fut institué en conséquence : immobilisation, révulsion, compression, saison thermale ; la situation s'est considérablement améliorée, mais, là encore, l'avenir demeure obscur.

1. Le malade est rentré, en effet, dans le service, il y a quelques jours, avec un nouvel épanchement du genou droit, beaucoup plus considérable cette fois. Il est pâle, amaigri, et le diagnostic n'est plus douteux.

Laissons de côté ces formes du début, ces premières étapes de la tuberculose du genou, et arrivons à la *tumeur blanche confirmée*. Notre jeune malade d'aujourd'hui vous en montre un exemple classique : c'est bien là l'ostéo-arthrite tuberculeuse ; le squelette articulaire et l'articulation elle-même ont une part, sinon égale, du moins commune, au processus, tel que nous l'observons. Je ne chercherai point à savoir qui a commencé, des os ou de la synoviale ; aussi bien est-il déjà trop tard, et vous savez que, dans la grande majorité des cas, ce sont les extrémités osseuses qui sont en cause dès l'origine. Il serait même très intéressant de localiser ces *foyers initiaux d'ostéite tuberculeuse*, et plusieurs auteurs se sont efforcés de le faire.

Sur 28 tumeurs blanches du genou, M. Ollier[1] a pu s'assurer que la tuberculose avait débuté par le tibia 17 fois, par le fémur 9 fois, par la rotule 2 fois ; Willemer[2], sur 12 cas, relevait l'origine tibiale 8 fois, l'origine fémorale 4 fois ; enfin M. Guillemain[3], dans son excellente thèse, réunissant 16 faits, incrimine le tibia 12 fois, le fémur 3 fois, la rotule 1 fois. Ainsi donc la rotule est très rarement le point de départ de l'affection ; j'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui portait un hygroma fongueux prérotulien, ulcéré et fistuleux, au fond duquel on sentait à nu le devant de la rotule ; au-dessous, le genou était rempli de liquide, et c'était là, à n'en pas douter, l'évolution initiale d'une tumeur blanche d'*origine rotulienne*. Je vous citerai, dans un instant, un autre fait du même genre. Ce qu'il faut retenir, c'est que ces foyers originels sont fréquemment de *siège inaccessible*, qu'au fémur, par exemple, ils occupent l'*espace intercondylien* ou encore, en arrière, les *fossettes sus-condyliennes*, et le fait ne manque pas d'intérêt, en ce qui concerne les interventions économiques, les résections et les évidements partiels, qui sont parfois de mise chez les enfants.

Si cette forme d'ensemble, si cette tuberculose ostéo-articulaire est de beaucoup la plus commune, il semble, ailleurs, que tout se passe *dans la synoviale*. Ainsi en est-il dans l'*abcès froid des*

1. *Traité des Résections*. T. III, p. 297.
2. Willemer. *Uber Kniegelenkstuberculose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885, p. 268.
3. Guillemain. *Étude sur l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou*. Thèse de doct., 1893.

articulations, tel que Bonnet l'a décrit, dans la pyarthrose tuberculeuse. — Nous en avons vu un exemple, au commencement de l'année, chez un pauvre garçon très pâle, très émacié, qui nous était entré à la petite salle Michon, avec un genou droit ayant toutes les apparences d'une grosse hydarthrose : c'était du pus caséeux qu'il contenait, et une ponction en retira une notable quantité; les os n'étaient pas douloureux, mais l'état général s'aggravait de jour en jour, et le malade, après avoir refusé l'amputation de la cuisse, fut emmené par sa famille. Bonnet signale d'ailleurs la gravité toute spéciale de ce type d'abcès froid articulaire, qui serait presque toujours secondaire à une tuberculose viscérale.

Plus commune, en apparence du moins, est la *synovite fongueuse du genou*. Les os sont intacts ou semblent tels, tout le processus ne porte que sur la synoviale et, une fois disséquée avec soin et jusque dans ses recoins, la membrane fongueuse, tout le mal est enlevé. Telle est la théorie et tel est le principe de la *synovectomie*. Je ne veux point en discuter la légitimité dans un cercle restreint de faits : des observations probantes ont été fournies à son actif et je dirai seulement, d'accord, je crois, avec la plupart des chirurgiens, qu'elle ne va jamais sans laisser derrière elle des doutes et quelques inquiétudes. Nous avons encore, salle Lisfranc, une jeune femme chez laquelle, au courant de l'été dernier, je tentai, à l'hôpital Necker, la synovectomie du genou; la rotule était perforée et recouverte d'un hygroma fongueux et paraissait être le foyer d'origine, je l'enlevai; j'extirpai toute la synoviale en la poursuivant en arrière, derrière le tibia et le fémur; partout les cartilages d'encroûtement étaient brillants et intacts, nulle trace d'une lésion ou d'une friabilité particulière des os; je me bornai là, et mal m'en prit, car la récidive n'a pas tardé, et j'ai dû amputer la cuisse de ma malade, du reste aujourd'hui guérie.

J'ai eu l'occasion d'observer, ici même, il y a plusieurs années, une autre forme de tumeur blanche, du *type synovial* et d'une nature toute particulière. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans; le genou (le genou droit) était énorme, il formait une masse globuleuse à contours arrondis et nets comme ceux d'une tumeur; sous la main, tout était tendu et d'une consistance presque solide, et partout l'on retrouvait la même sensation, celle d'une

masse rénitente, un peu dépressible, et qu'on eût dit coulée sous pression dans la cavité articulaire. Une fois l'article ouvert, il sortit à peine quelques gouttes d'un liquide louche; tout était rempli d'une matière d'*aspect amorphe, jaune, légèrement translucide, qui tremblotait au choc de l'ongle.* La cavité articulaire était tout entière comblée par cette gangue gélatineuse, que j'enlevai peu à peu, non sans peine; le tout formait une masse grosse comme les deux poings. Je sectionnai les os qui étaient friables et graisseux, et je les suturai; la guérison se fit sans incident et j'ai revu la malade, en avril 1893, très bien portante et pourvue d'un genou solide[1]. C'était là, pourrait-on dire, une *tumeur blanche à contenu myxomateux*, analogue aux hygromas myxomateux dont M. Critzman, en particulier, a publié un exemple[2].

A côté de ces formes de la tuberculose du genou, où la synoviale paraît être, sinon seule, du moins surtout, en cause, il en est d'autres où la *maladie affecte principalement les extrémités osseuses*. Elles grossissent et se déforment de bonne heure, le condyle interne se dessine en relief, la flexion permanente du genou est vite établie : il n'y a que peu ou pas de liquide, presque pas de fongosités; tout est dur et osseux. Le plus souvent il s'agit d'une épiphysite tuberculeuse diffuse : c'est la *tumeur blanche de forme hyperostosique*.

Elle est susceptible de revêtir parfois des allures étranges et bien capables, à première vue, de dérouter le diagnostic. Un homme de 45 ans environ me fut envoyé, à l'hôpital Necker, avec un genou énorme : il n'en souffrait pas, il marchait presque bien, il étendait et pliait la jambe presque normalement et en somme le volume seul de l'articulation le gênait. Cela datait d'un an et demi; de temps en temps étaient survenues quelques crises douloureuses, mais de peu de durée : la tuméfaction considérable du genou tenait, à la fois, à une abondante collection liquide intra-articulaire et à l'épaississement des extrémités osseuses, des condyles du fémur et du tibia. Le diagnostic ne laissait pas que d'être délicat : l'indolence, la conservation des mouve-

1. J'ai publié l'observation complète dans un travail sur la tuberculose des bourses séreuses, *in Revue de la tuberculose*, 1893, nos 1 et 2.

2. *Congrès de Limoges*, août 1890, et *thèse de M. Paul Martin : Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux : hygroma tuberculeux à type myxomateux*. 1890.

ments, l'état local lui-même rappelaient ces formes d'arthrites nerveuses qu'on voit, par exemple, au cours du tabes; mais il n'y avait aucune trace ni aucun signe d'une affection médullaire. Une ponction fut pratiquée et ramena du pus caséeux; or, l'article une fois vidé, il fut aisé de sentir, autour des os hypertrophiés, une sorte de gangue mollasse et empâtée, manifestement fongueuse. C'était donc, et les antécédents du malade cadraient bien avec cette conclusion, une tumeur blanche de forme anormale; et tel fut aussi le diagnostic du jury du concours du Bureau central, qui choisit ce malade pour une épreuve clinique, et du candidat, aujourd'hui chirurgien des hôpitaux, auquel il échut.

Enfin, tout récemment, vous avez vu, ici même, un type de tuberculose du genou plus rare encore et qui, semble-t-il, n'a guère été signalé. Vous vous souvenez qu'un homme de 40 ans, grand, bien musclé, mais pâle et d'aspect fatigué, nous avait été envoyé, d'un service de médecine, pour une affection chronique du genou droit. Ce genou, depuis deux ans, est gros et un peu douloureux, mais, il y a deux mois, l'état local s'est aggravé. Le malade est entré en médecine et, par une première ponction, l'on a retiré du liquide séreux; mais l'articulation n'a pas tardé à se remplir, une seconde ponction n'a donné que du sang. — Quand vous l'avez vu pour la première fois salle Michon, le genou était redevenu très gros, très douloureux; la pression était fort pénible au niveau des extrémités articulaires, spécialement du condyle interne du fémur, mais les lésions osseuses semblaient assez restreintes pour qu'une résection fût encore suffisante.

Ce fut l'intervention que je proposai au malade, et, il y a trois semaines, je me mettais en devoir de la réaliser devant vous. Mais à peine le genou fut-il ouvert qu'il s'en échappa un *énorme flot de sang mêlé de caillots* : la cavité articulaire en était toute remplie et l'on eût dit une vaste poche d'anévrysme diffus. J'enlevai tout ce sang et les grumeaux fongueux dont il était mélangé, et mon doigt pénétra dans une *large caverne creusée dans l'épaisseur du condyle interne du fémur, et qui remontait haut vers la diaphyse*; tout le pourtour en était ramolli et friable et les lésions se prolongeaient si loin, les *condyles du tibia étaient de leur côté, si profondément atteints*, que l'amputation de la cuisse nous parut nécessaire. Je fis cesser le chloroforme, et le malade une fois bien

réveillé, je lui exposai le triste état de son genou et l'urgence d'un large sacrifice. Il y consentit et s'en remit à moi. On redonna le chloroforme et je pratiquai, sans incident, l'amputation de la cuisse à lambeau antérieur. Notre malade est aujourd'hui guéri.

Je vous présente son fémur, et vous pouvez voir que le condyle interne est à jour, qu'il est creusé d'une énorme cavité fermée en bas par le seul cartilage d'encroûtement, et s'ouvrant, en avant, sur le côté, en arrière, par autant de cratères irréguliers. Cette cavité, de paroi friable et de contours irréguliers, s'étend loin dans le tissu spongieux de l'épiphyse et vers le canal médullaire. Elle était remplie *de fongosités* et de caillots ; et il semble bien que ce fût là le foyer initial du processus.



Fig. 71. — Ostéite tuberculeuse centrale du condyle interne.

L'*ostéite tuberculeuse centrale du condyle interne*, s'est accompagnée, durant une première et longue période, de lésions fongueuses banales de la synoviale du genou : puis le condyle, miné et rongé à son centre, a fini par se rompre, mettant en communication la cavité articulaire avec les aréoles, larges et saignantes, du tissu spongieux de l'épiphyse : à ce moment survinrent et le gonflement extrême et les vives douleurs des dernières semaines. Telle fut, nous semble-t-il, l'évolution de cette *hémarthrose tuberculeuse*, de cette forme anormale de *tumeur blanche, à contenu sanglant*.

Vous voyez combien cette affection banale, la tumeur blanche du genou, est susceptible de présenter des allures diverses. Une autre question nous resterait à résoudre, dont l'importance pratique

serait grande : quelles sont, parmi ces types différents, les *formes spontanément curables*, ou, du moins, celles qui céderont à la thérapeutique conservatrice; et vous savez que, sous ce dernier terme, nous devons entendre, en fait de tuberculose ostéo-articulaire, à part le traitement général, la révulsion profonde, l'immobilisation et la compression

Vous vous convaincrez vite que, même les variétés du début, d'apparence bénigne, et qui semblent le mieux se prêter à ces efforts de conservation, les déjouent souvent; je parle de l'adulte et même de l'adolescent. Notre jeune malade d'aujourd'hui rentre dans ce dernier groupe : il n'a que 17 ans, et la tuberculose du genou a marché si vite, malgré nos tentatives conservatrices, que nous sommes dans la nécessité de pratiquer la résection. Il n'est que temps, si nous voulons éviter pire. Chez ces jeunes sujets, qui n'ont pas encore achevé leur développement osseux, une résection trop large, qui dépasse le niveau des cartilages épiphysaires, devient une mutilation d'une gravité exceptionnelle pour l'avenir : car l'accroissement de l'os est supprimé du fait, et cet arrêt de développement local retentit sur tout le reste du membre. Je me souviens d'avoir vu ici, en 1890, un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait subi, au genou droit, dans son enfance, une de ces résections de largeur excessive ; le raccourcissement était monstrueux, et le membre droit n'était guère plus long que la cuisse gauche. Chez notre malade, nous ne courons pas le risque de pareil accident secondaire, car à 17 ans, les cartilages de conjugaison ont déjà fourni, si je puis ainsi dire, une bonne partie de leur carrière. Nous ferons, malgré cela, tous nos efforts pour ne pas les intéresser.

XV

LES PHLÉBITES LATENTES CHEZ LES VARIQUEUX

Les phlébites du membre inférieur, d'observation courante. — Phlébites d'origine uréthrale. — Phlébites génitales chez la femme. — Les phlébites variqueuses. — Les phlébites latentes chez les variqueux. — Exemples : indolence, absence d'œdème, accidents possibles. — Traitement.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir de toute une série de phlébites du membre inférieur, de forme, de localisation et de gravité fort diverses, et je désire insister sur une variété particulière, moins commune, moins apparente, et qui se rencontre surtout chez les variqueux.

I. — Un homme de 32 ans nous entrait salle Michon, il y a quelques jours, avec un *œdème douloureux étendu à tout le membre inférieur gauche*, et surtout accusé à la cuisse. Grand, robuste, puissamment musclé, il n'avait jamais été malade, lorsqu'il fut pris, il y a un mois, d'une blennorrhagie aiguë; mal traité, il s'affaiblit, perdit l'appétit, maigrit, et il ne tarda pas à ressentir dans les deux jambes, et surtout au mollet gauche, des douleurs sourdes, des crampes qui revenaient toutes les nuits; puis sa jambe gauche devint lourde, enfla, et très vite l'œdème se généralisa à tout le membre inférieur, et acquit des proportions telles, que l'alitement s'imposa. Le gonflement, très dur, occupait toute la hauteur du membre, et semblait plus développé à la cuisse : il entravait la palpation profonde, mais le doigt réveillait une douleur assez vive sur la ligne médiane du mollet, du creux poplité, et dans le triangle de Scarpa. L'écoulement uréthral persistait, de la rétention d'urine était survenue depuis quelques jours et nécessitait des cathétérismes, que l'état de la muqueuse uréthrale rendait très pénibles. De plus, la température était à 38°, 38°,5; le pouls fréquent, l'état général très déprimé.

Il s'agissait d'une phlébite du membre inférieur gauche, consécutive à l'infection blennorrhagique de l'urèthre et de la vessie.

d'une sorte de *phlegmatia alba dolens, d'origine uréthrale*. Et, de fait, des accidents du même genre ont été signalés, quoique rarement, dans les affections de l'urèthre et de la vessie.

L'évolution du mal devait, du reste, démontrer que cette pathogénie était la vraie : sous l'influence du repos, du régime lacté, des grands lavages du canal à la solution de permanganate de potasse, la rétention disparut, au bout de cinq ou six jours, la fièvre tomba, et, à mesure que s'améliorait l'état des voies urinaires, l'œdème cessa d'être douloureux et entra lentement en voie de décroissance.

Phlébite du membre inférieur d'origine génito-urinaire : telle était, ici, la formule exacte du diagnostic. Chez la femme, nous savons combien l'infection des muqueuses génitales sert souvent de point de départ aux phlébites de cette nature. Les exemples abondent en clinique.

II. — Voyez, au n° 15 de la salle Lisfranc, cette jeune femme de 29 ans : le 7 mars dernier, elle faisait une fausse couche de six mois; soignée chez elle, je ne sais comment, elle restait au lit trois semaines, et déjà elle souffrait de sa jambe gauche, sans qu'il y eût encore trace d'œdème; elle se levait, mais pour reprendre le lit au bout de quelques jours : cette fois, l'enflure avait paru, à la cuisse d'abord, comme on l'observe si souvent en pareil cas, puis, progressivement, au genou et à la jambe. Aujourd'hui, nous constatons un œdème diffus du membre, dont la peau est chaude, légèrement colorée par places : à l'aine, la pression provoque une douleur aiguë et permet de sentir, assez vaguement, il est vrai, un cordon cylindroïde. En somme, c'est une forme moyenne, légère plutôt, qui exigera du temps, et beaucoup de temps peut-être, pour que la guérison soit complète, qui laissera derrière elle de l'œdème chronique, des crampes, de l'atonie musculaire, tous les indices de désordres persistants de la circulation veineuse; mais elle ne saurait nullement être mise en parallèle avec la forme infectieuse, grave, irrémissible, d'observation rare dans les services de chirurgie, et qui était autrefois un des fléaux des services d'accouchement.

Pourtant, sous un mode atténué, et dont les variétés cliniques sont nombreuses, la *phlébite d'origine puerpérale*, ou, pour nous servir d'un terme plus large, *d'origine utérine*, est loin d'être exceptionnelle. Une de nos malades présente ainsi une rechute de phlébite puerpérale : accouchée il y a quatorze mois, elle a été prise, onze jours après, d'un gonflement douloureux du membre

inférieur droit, qui l'a tenue au lit durant huit mois. Une série d'abcès sont apparus successivement à la face antéro-externe de la jambe et au creux poplité, et une traînée de cicatrices marque aujourd'hui la place de ces collections suppurées phlébitiques. — La malade s'était relevée, elle avait recommencé à marcher, et, depuis six mois, la guérison semblait à peu près définitive. La semaine dernière, de nouveaux élancements, de nouvelles crampes se sont montrés dans la jambe, un léger œdème occupe la région malléolaire et remonte jusqu'au mollet, et, au palper, la saphène interne est douloureuse. *Récidive de phlébite*, très atténuée, et dont le repos aura vite raison, mais qui restera une menace pour l'avenir, et qui reparaîtra volontiers[1] : c'est là, d'ailleurs, le sort commun des phlébitiques, alors même que la maladie première n'a été, en somme, qu'une phlébite larvée; pour larvée qu'elle soit, l'infection veineuse est tenace, comme l'ostéite, et devient souvent « prolongée ».

Vous aurez maintes fois l'occasion de vous convaincre, Messieurs, que les veines du membre inférieur sont un excellent réactif des infections légères, ébauchées, du territoire génital, chez la femme. Après l'hystérectomie vaginale, comme après l'accouchement, s'il survient un peu d'œdème douloureux de la jambe gauche, ou, plus souvent peut-être, de la cuisse gauche, dites-vous bien que l'asepsie n'est pas complète, et qu'il faut agir, et cela, même si la tuméfaction est légère, s'il n'y a pas de cordon le long de la veine crurale, si la température ne s'est élevée que de quelques dixièmes de degré, si l'état général reste excellent. Attendre, pour faire une large désinfection, c'est permettre au foyer de s'étendre et de grandir, alors qu'il est encore facile à éteindre.

III. — A côté de la phlébite génitale, c'est la *phlébite variqueuse* que nous observons le plus couramment, et, là encore, les types cliniques sont très variés, et quelques-uns, moins journaliers, méritent d'être relevés.

Nous distinguerons trois catégories de phlébites chez les variqueux : 1° la *phlébite infectieuse, grave*; 2° la *phlébite variqueuse commune*, et ses localisations diverses; 3° les *phlébites latentes*.

La première forme confine au phlegmon diffus et à l'infection

1. Voy. Paul Méreux. Des récidives de phlébites. *Thèse doct.* 1893

purulente. Je ne veux que la signaler, mais je ne puis m'empêcher de vous citer, à ce propos, un fait terrible, dont j'ai été témoin dans les premières années de mes études médicales, et qui suffira à vous prouver combien était justifiée, sous « l'ancien régime » chirurgical, la terreur des veines. — Un homme jeune, grand et vigoureux (je le vois encore), entra dans un hôpital, voisin du nôtre, pour une phlébite variqueuse circonscrite du mollet gauche : près du jarret, une bosselure arrondie, fluctuante, un peu rouge, est attenante à la saphène; le chirurgien tire son bistouri et l'incise; il sort un caillot et un peu de liquide rougeâtre; le soir, un grand frisson, 40°; des sueurs profuses; le malade est dans le coma; le lendemain, dans l'après-midi, il était mort. Ces désastres ne se voient plus : ils éclateraient demain, entre vos mains, si vous cessiez de suivre les règles préservatrices, applicables partout, qui sont aujourd'hui la morale de la chirurgie.

D'ordinaire, la phlébite variqueuse, cette maladie journalière, est d'allures moins redoutables. Elle peut porter sur les *troncs*, sur les *paquets*, sur les *nodules* variqueux. Voici des exemples.

Un journalier de 48 ans est renversé par une voiture, et l'une des roues froisse la face interne de son genou gauche. Nous trouvons, au niveau du condyle interne, une légère ecchymose, des varices sur la jambe, dans tout le territoire de la saphène, et, à la cuisse, un *long cordon arrondi, dur, douloureux à la pression*, qui commence derrière le condyle, et qu'on suit très régulièrement tout le long du membre jusqu'au triangle de Scarpa : c'est le tronc de la veine, thrombosée. Un peu de rougeur à la peau, *pas d'œdème sur le reste du membre*. Nous allons revenir, du reste, sur cette dernière particularité.

Autre variété. Femme de 54 ans, variqueuse depuis l'âge de 19 ans. Vous avez vu tout à l'heure, à la face interne de son tibia gauche, une énorme masse enchevêtrée et noueuse, un paquet de veines, une sorte de tumeur rouge, chaude, très sensible au moindre palper, de consistance inégale; au-dessus, la saphène, bosselée et sinueuse, n'est pourtant ni douloureuse, ni thrombosée; au-dessous, un œdème dur enveloppe le cou-de-pied. Que deviendra ce phlegmon variqueux? Je crois encore qu'il se résoudra, sans suppurer, malgré les apparences, laissant les veines définitivement oblitérées, et la peau très altérée, toute prête à s'ulcérer. Mais vous

savez qu'il va souvent jusqu'au bout de son évolution, donnant lieu à des foyers suppurés multiples, et quelquefois diffus.

Je n'insiste pas, et je me contente de vous indiquer un dernier type, fort commun, de phlébite variqueuse : la phlébite des bosselures isolées, la *phlébite segmentaire*, suivant l'expression de notre collègue M. A. Broca[1]. Toute circonscrite, elle figure souvent un simple abcès, dont la nature vraie ne se révèle que par la présence des varices environnantes.

Toujours est-il que, jusqu'ici, la complication phlébitique revêtait toujours des allures inflammatoires franches. Il en va tout autrement chez les deux malades que je vous ai présentées tout à l'heure.

Toutes deux n'ont que très peu de veines superficielles, pas de paquets, pas de bosselures, ni de troncs dilatés, mais, à fleur d'épiderme, sur le pied et la partie interne de la jambe, des étoiles, des sortes d'aigrettes violacées, marquant l'ectasie des veines de la peau. Jamais d'accidents : quelques crampes, quelques œdèmes passagers, rien autre chose.

Il y a six jours, chez la première, une ménagère de 54 ans, la jambe gauche devient lourde et paraît un peu plus grosse. *Pas d'œdème, pas de douleur* bien accusée, à part une légère sensibilité le long de la sphène; et nous sommes tout étonnés de trouver la veine transformée, sur une longue étendue, du tiers supérieur de la jambe au triangle de Scarpa, en un *cordon rigide et plein.* — Notre seconde malade, elle, boite un peu depuis un mois, *sans douleurs vives*, non plus, sans fièvre, sans phénomènes aigus; il n'y a *pas d'œdème*, il n'y a *pas de rougeur*, et cependant nous constatons, à la face interne du genou, un *cordon cylindroïde, très volumineux, peu sensible*, et qui se prolonge jusqu'à mi-cuisse.

Voilà donc deux malades, variqueuses toutes deux, quoique à un degré léger, en apparence, et qui, *sans cause appréciable, sont atteintes d'une longue phlébite de la saphène, presque indolente, et sans œdème.* Pourquoi cette absence de douleur et d'œdème? Nous verrons tout à l'heure à en discuter la pathogénie. Il n'en est pas moins intéressant d'attirer l'attention sur ces *phlébites latentes*, qui s'accusent seulement par quelques troubles fonctionnels, fugaces et superficiels, et qui peuvent acquérir une grande extension.

1. A. Broca. Étude clinique sur la phlébite variqueuse. (*Revue de Chirurgie*, 1889, nos 8 et 9.)

Il n'est pas douteux que pareils faits ne passent souvent inaperçus, et que l'état variqueux ne crée dans les veines du membre inférieur un *locus minoris resistantiæ*, où, sous une cause insignifiante, phlébite et thrombose se produisent sans bruit. C'est à une pathogénie du même genre qu'il faut attribuer, sans doute, pour une grande part, ces œdèmes, et quelquefois les accidents plus graves, qui succèdent à l'immobilisation prolongée des membres, à la suite des fractures, par exemple. Le variqueux, plus que tout autre, est prédisposé à de pareilles complications. Vous en avez vu un exemple, ici même, chez une jeune malade que nous avions opérée d'une ankylose du genou : lorsqu'elle se leva, au 42e jour, la guérison étant bien complète et le genou droit et solide, une certaine pesanteur du membre, un engourdissement musculaire, plus accentué que de coutume, ne tardèrent pas à se montrer : en examinant le mollet, nous trouvâmes la saphène externe thrombosée et sensible sur toute la hauteur de la jambe. Or, cette jeune femme présentait à peine quelques bosselures variqueuses sous-cutanées, mais, depuis longtemps, elle avait les signes fonctionnels des varices, des crampes, des élancements brusques dans les masses musculaires de la jambe, un peu d'œdème péri-malléolaire, et la peau, sur la face interne du tibia et sur le dos du pied, était semée de marbrures bleuâtres, étoilées, constituées par des varices dermiques. L'accident fut, du reste, très bénin et ne demanda qu'un peu de repos, pour disparaître.

Je tiens à vous faire remarquer, Messieurs, le caractère *indolent, latent, inattendu*, par suite, de ces phlébites, chez les variqueux. Le contraste est très marqué entre la sensibilité à peine développée de ces longs cordons thrombosés, et les douleurs vives, les épreintes musculaires, les crampes tenaces, qui forment, en général, cortège à la phlébite profonde. S'il vous arrive jamais d'assister aux premières heures d'une phlegmatia alba dolens, vous n'oublierez plus ces secousses douloureuses, ces tiraillements, ces contractures, qui, de la cuisse, s'irradient dans le mollet, et semblent étirer l'un après l'autre tous les muscles de la jambe. Ces spasmes se prolongent, d'ordinaire, jusqu'à ce que l'œdème ait paru, et que la thrombose se soit complétée; ils se renouvellent à chaque poussée, et d'avance signalent les rechutes. Tout au contraire, les *phlébites superficielles*, dont nous parlons, naissent et grandissent presque sans symptômes; de l'engourdissement, un membre lourd et qui se

refuse à la marche, et voilà tout, à telles enseignes que les malades peuvent rester un mois durant, comme l'une des nôtres, sans s'inquiéter de ces quelques phénomènes anormaux.

Pourquoi cette indolence relative? La raison en est simple, et toute anatomique : *elle réside tout entière dans le mode de circulation veineuse des nerfs superficiels et des nerfs profonds.* Les veines des nerfs superficiels n'aboutissent nullement aux troncs veineux sous-cutanés : toutes se rendent aux troncs veineux, sous-aponévrotiques, qui reçoivent, en outre, le sang de retour des nerfs profonds[1] : aussi l'arrêt circulatoire dans un segment, si long soit-il, d'une veine superficielle, ne retentit que peu sur la circulation nerveuse, qui conserve ses voies de dérivation physiologiques, et la thrombose superficielle ne saurait agir sur les nerfs voisins que par la seule compression. Il en est tout autrement dans les thromboses profondes : la stase se répercute jusque dans l'épaisseur même des cordons nerveux et de tous les nerfs de la région, elle y crée l'ectasie des veinules d'origine, et, si j'ose dire, une sorte de compression intra-névrilemmatique : d'où l'intensité plus grande, d'où l'irradiation plus étendue, des phénomènes douloureux.

Pour ce qui est de l'*œdème*, nous avons répudié depuis longtemps cette théorie d'un mécanisme trop simpliste, qui le faisait, partout et toujours, solidaire de la thrombose. L'oblitération d'une veine, et d'une grosse veine, ne suffit pas toujours à produire une véritable stase, et la stase ne suffit pas non plus à produire l'œdème : d'autres conditions, toutes locales, interviennent, surtout lorsque la phlébite est l'agent d'oblitération veineuse. Les œdèmes circonscrits et passagers, qui occupent le territoire même du segment thrombosé, durent quelques jours, et s'évanouissent; l'évolution descendante de l'œdème, qui, lors de thrombose du tronc principal, commence très souvent par la cuisse, puis s'étend du genou à la jambe, enfin au cou-de-pied, toutes ces apparentes anomalies, montrent que la pathogénie est trop complexe pour se laisser enfermer tout entière dans une formule toute physique.

Je vous rappellerai encore un dernier point : les malades chez qui nous avons découvert des phlébites latentes, n'avaient que peu

1. Quénu et Lejars. Étude anatomique sur les vaissaux sanguins des nerfs. (*Archives de neurologie*, janvier 1892.)

de varices sous-cutanées; mais tous présentaient, à la face interne de la jambe, à la région péri-malléolaire, au dos du pied, des *varices dermiques*, bien développées. Recherchez avec soin ces étoiles bleuâtres sous-épidermiques, qui semblent, d'ordinaire, émerger de la profondeur, et s'irradier, en arborescences sinueuses, autour d'un petit troncule central; je les ai vues parfois extrêmement confluentes, et recouvrant comme d'un lacis le pied, la jambe et la face interne du genou : chez une de mes anciennes malades, elles figuraient comme une sorte de chaussette d'un rouge foncé. — Ces *varices cutanées décèlent toujours un processus variqueux profond*. Vous verrez de temps en temps des malades qui portent de volumineuses varices à l'une des jambes et n'en souffrent pas, et qui souffrent beaucoup de l'autre jambe, où l'on ne trouve que les réseaux variqueux intra-dermiques. On pourrait distinguer trois formes, aux varices des membres inférieurs : la *forme profonde, initiale*, première étape du processus, comme l'ont montré, dès 1855, les belles recherches de M. Verneuil; la *forme sous-cutanée, commune; la forme cutanée;* il est évidentqu'à une période avancée, les trois types se mêlent et se combinent. A la forme sous-cutanée correspondent la phlébite variqueuse classique, et ses variétés cliniques les plus ordinaires; avec la forme cutanée coexistent souvent les phlébites latentes, anormales, dont nous venons de parler.

Qu'elles soient bénignes, j'en conviens; pourtant leur indolence même devient un danger, le malade ne s'arrête pas, il continue à marcher, à travailler, sans trop s'inquiéter, d'ordinaire, de cette lourdeur du membre, que n'accompagnent ni douleurs vives ni œdème : et pendant ce temps, le processus phlébitique a beau jeu pour s'étendre, et des accidents emboliques peuvent survenir.

Le professeur Azam (de Bordeaux) avait attiré l'attention sur la mort subite, qui a été observée dans quelque-cas, à la suite de la longue immobilisation des fractures, au premier lever, aux premiers essais de marche. Nous avons été récemment témoins d'un fait analogue, que je tiens à vous rapporter, bien que nous n'ayons pas eu de confirmation nécropsique : un homme d'une cinquantaine d'années, variqueux, nous est apporté avec une fracture de jambe; on l'immobilise; au bout de quarante jours, l'appareil plâtré est enlevé, la consolidation est achevée, et quelques jours

après, le malade commence à se lever, pourvu d'une botte silicatée. Bientôt il nous demande à rentrer chez lui, et nous lui recommandons de ne marcher que très peu et de rester fort prudent, durant plusieurs semaines. Au bout d'une quinzaine de jours, la famille vient nous apprendre qu'il était mort subitement. Voici ce qui s'était passé : il avait retiré l'appareil silicaté, et, ne souffrant pas, il s'était fatigué; sa jambe s'était un peu œdématiée ; mais il n'en avait pas tenu compte; un soir, il avait été pris d'une suffocation subite, et il avait succombé. Je ne doute pas qu'une phlébite ne se soit développée, sous l'influence de cette marche prématurée, *phlébite indolente*, *qui s'est terminée par une embolie mortelle*.

Je finirai par une conclusion toute pratique, que vous avez vous-mêmes déduite de ces quelques faits : chez les variqueux, alors même que le processus ectasique n'est indiqué que par des varices dermiques, dans la forme cutanée, que je vous signalais tout à l'heure, il faudra accorder une grande attention au moindre indice de gêne circulatoire et soigneusement explorer les troncs veineux superficiels et profonds, et, lors de fracture, d'affection articulaire, restreindre au minimum la durée d'immobilisation, et surveiller longtemps les premiers essais de marche. Le traitement de ces phlébites, une fois découvertes, n'est, d'ailleurs, nullement complexe : le repos au lit, l'enveloppement ouaté du membre, résument, en général, la thérapeutique nécessaire. Avec ces précautions, les embolies doivent être fort rares, comme elles le sont, en somme, dans la phlegmatia alba dolens proprement dite; s'il s'en présentait quelques menaces, si quelques accidents pulmonaires larvés dénonçaient l'émiettement partiel du caillot, je n'hésiterais pas un instant à mettre à découvert la veine thrombosée et à jeter une ligature au-dessus de la limite de thrombose, ou même encore, à réséquer tout le segment correspondant. Rien ne me semble plus rationnel que cette pratique, confirmée, du reste, par un succès récent.

LES DÉFAUTS DE CONSOLIDATION DES FRACTURES AU TIERS INFÉRIEUR DE LA JAMBE ET LEUR TRAITEMENT

Difficultés générales du traitement des fractures. — Fréquence des consolidations vicieuses, au tiers inférieur de la jambe ; deux variétés : 1° *retards de consolidation* et pseudarthrose ; 2° *cals vicieux*. — Les *retards de consolidation* : leurs causes. — L'absence d'une coaptation large en est la cause principale. — Obstacles à la coaptation large : résistance musculaire ; chevauchement ; interpositions. — Traitement. — *Cals vicieux* ; deux types : 1° renversement du pied en dehors. — 2° renversement du pied en dedans. — Intervention opératoire : ostéotomie, linéaire ou cunéiforme, des deux os ou de l'un d'eux. — Exemples et discussion.

Messieurs,

Je ne sais rien de plus difficile, en chirurgie, que le traitement des fractures, j'entends le traitement complet, qui ne borne pas ses ambitions à la consolidation pure et simple des fragments, mais qui se traduit par le retour intégral des fonctions. On immobilise le membre fracturé, on le laisse 30, 40 jours dans son appareil, il est solide ; le malade commence à se lever, il quitte l'hôpital, vous le perdez de vue. Est-il guéri ? Et la durée d'hospitalisation peut-elle compter réellement pour le « temps de guérison » ? Non, certes ; que faites-vous des raideurs, des atrophies musculaires, de la résistance encore incomplète du cal, de la nutrition altérée de tout le membre ? Dites-moi quand cet homme reprendra la plénitude du fonctionnement journalier de son membre, quand il s'en servira « comme devant » : alors, il sera guéri. La clientèle extra-hospitalière vous ménage des exemples trop nombreux, et souvent trop pénibles, de ces longues périodes de réparation. Encore si tout se bornait là ! Mais les fractures qui se consolident tard ou qui se consolident mal sont loin d'être rares. Pour être aussi vieux que la chirurgie, le sujet n'en est donc pas moins toujours nouveau et toujours pratique.

Je veux vous entretenir aujourd'hui des fractures du tiers inférieur de la jambe, l'une des variétés où les défauts de consolidation

se voient le plus fréquemment. Ils répondent, du reste, à deux types : 1° *le retard de consolidation et la pseudarthrose* ; 2° *les cals vicieux*.

I. — Je vous montrais tout à l'heure un homme de 60 ans, atteint d'une fracture sus-malléolaire de la jambe droite et immobilisé, depuis trois mois, dans une série d'appareils successifs, chez lequel on trouve encore une légère mobilité interfragmentaire : mais les fragments sont bien en place et de rapports normaux, et il ne s'agit là, en réalité, que d'une *consolidation retardée*.

La situation est tout autre chez un second malade, qui nous est venu d'un autre hôpital, et que nous allons opérer tout à l'heure. Son accident remonte à plus de trois mois : en tombant d'un omnibus, il se fractura la jambe au tiers inférieur. Une gouttière plâtrée fut appliquée au bout de deux jours et retirée 33 jours après : la mobilité était presque aussi accusée que le lendemain du traumatisme. Depuis, elle s'est à peine modifiée. Aujourd'hui, voici ce que vous pouvez constater avec moi : le pied et le tiers inférieur de la jambe sont déjetés en dehors, au repos, et comme coudés ; mais la déviation se réduit avec la plus grande facilité, et, en saisissant le cou-de-pied, on fait mouvoir sans peine le fragment inférieur d'avant en arrière et d'un côté à l'autre : *il semble qu'il n'y ait aucune ébauche de soudure osseuse*. En dedans, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole, le fragment supérieur du tibia dessine un relief très saillant sous la peau ; il la soulève en avant, au niveau de l'arête brisée du bord antérieur, lorsque, le membre relevé, on laisse doucement retomber le talon. J'ajoute que toutes ces explorations sont douloureuses et que la moindre pression, exercée de bas en haut sur la plante du pied, réveille *une vive sensibilité au foyer de la fracture non consolidée*.

Il y a donc autre chose, ici, qu'une évolution ralentie de la cicatrisation osseuse ; elle manque totalement. Chez nos deux malades, la question thérapeutique se pose en des termes différents.

Et d'abord, pourquoi *ces anomalies dans le développement du cal*, ces retards ou ces absences?

Je ne reprendrai pas la longue énumération que vous trouverez partout à l'étiologie des pseudarthroses ; je ne vous parlerai pas du « scorbut local », de la nutrition viciée des membres longtemps emprisonnés dans des appareils hermétiques. Le temps est passé de

cette immobilisation à outrance, et les progrès de chaque jour nous en éloignent de plus en plus. — Je vous parlerai très peu des causes générales, de l'âge, des diathèses : il n'est pas douteux qu'un âge avancé, qu'un état général précaire ne soient de mauvaises conditions pour obtenir un bon cal, et je ne veux méconnaître le rôle ni de la syphilis, ni du saturnisme, ni des autres maladies générales; pourtant, à part l'existence de lésions locales, il semble bien que, réduites à leur influence trophique, les diathèses n'aient qu'une action restreinte, au moins dans l'immense majorité des faits. Que de syphilitiques, que de saturnins, que de vieillards se brisent la jambe et la consolident parfaitement!

Je veux dire simplement, qu'en pratique courante, il ne faut pas trop se presser de mettre sur le compte de l'état général un retard de consolidation, qui s'explique, le plus souvent, par des causes plus précises et toutes mécaniques.

Il est une condition indispensable à la formation d'un bon cal : c'est que *les fragments soient et restent en contact par une large surface.* Or cette coaptation nécessaire n'est pas toujours réalisée ou ne se maintient pas, alors que primitivement elle semblait obtenue. Pourquoi?

Le premier obstacle est dû *à la résistance musculaire*, aux contractures réflexes, que les douleurs provoquées par les manœuvres de réduction exagèrent encore : le chloroforme, en pareille occurrence, devient formellement indiqué et l'on doit y recourir tout de suite, plutôt que de se résigner à un à-peu près. On ne sait que trop ce que deviennent plus tard ces fractures *à peu près* réduites.

Il y a surtout, dans le foyer de fracture lui-même, dans la forme et les rapports réciproques des fragments, une série *d'obstacles mécaniques* au « large contact ». Voici les principaux : 1° un *chevauchement considérable*, entretenu par l'obliquité extrême des deux bouts osseux en présence; 2° la présence d'un *fragment intermédiaire*, oblique ou très mobile, ou d'esquilles volumineuses; 3° un *épanchement sanguin inter-fragmentaire*, d'abondance anormale; 4° *l'interposition de lambeaux musculaires*, musculo-tendineux ou aponévrotiques.

Les fractures au tiers inférieur de la jambe affectent souvent le type de la fracture en V, de Gosselin; le fragment supérieur est taillé en un V très allongé, à pointe interne, sorte de bec de flûte,

qui glisse en dedans du fragment inférieur et chevauche largement sur lui; plus rarement, la pointe du V est externe et l'obliquité inverse; c'est alors le fragment inférieur qui remonte sur la face interne du tibia. Nous avons constaté ensemble, maintes fois, cette variété de fracture, et nous avons eu deux fois l'occasion d'en vérifier les caractères anatomiques au cours d'une intervention.

J'arrive aux *interpositions inter-fragmentaires* : sang, esquilles ou fragment intermédiaire, lambeaux musculo-aponévrotiques. Les deux premiers types sont de beaucoup les moins importants : un abondant épanchement sanguin et de volumineux caillots peuvent évidemment entraver l'accolement direct des bouts osseux et retarder leur coalescence, et l'on a voulu voir là une des causes principales des consolidations retardées, fréquentes à l'extrémité supérieure du tibia. Esquilles et fragments isolés et inversés gênent aussi le travail régulier du cal, ou le rendent difforme; mais, lorsque l'absence de soudure osseuse est complète, au bout de plusieurs mois, comme chez notre second malade, et que la mobilité est restée presque entière, c'est à *l'interposition musculaire* qu'il faut tout d'abord penser.

On la tenait autrefois pour une complication rare, mais des faits nombreux ont démontré qu'il en est tout autrement : au bras, à la jambe, à l'avant-bras, elle est l'origine fréquente de pseudarthroses. Dans les fractures du tiers inférieur de la jambe, la longue pointe du fragment chevauché pénètre dans l'épaisseur des masses musculaires, s'en coiffe, et les tentatives de réduction primitive sont quelquefois impuissantes à l'en dégager, ou ramène au contact et à une continuité régulière les deux extrémités osseuses et, en apparence du moins, la coaptation est exacte; mais il reste, *entre les deux surfaces osseuses, cette lame musculaire*, dont l'une d'elles est enveloppée, et l'on s'en aperçoit plus tard, à la levée de l'appareil, en constatant la persistance de la mobilité initiale. Si la nappe de tissu interposé n'est pas trop épaisse, elle est susceptible de s'atrophier, de s'user, et de disparaître à la longue, comme nous le verrons dans un instant, mais, d'ordinaire, lorsque l'on découvre la pseudarthrose, elle a pris pied dans la place, c'est-à-dire qu'elle est devenue adhérente aux deux fragments, qu'elle s'est organisée dans son nouvel habitat, et que souvent elle a revêtu toutes les apparences d'un faisceau musculo-aponévrotique

normal. De chaque côté de cette barrière, les bouts osseux, incapables de fournir un travail de réparation utile, s'amincissent, et, au bout d'un temps variable, souvent assez court, ne figurent plus qu'un double moignon arrondi, conoïde, lisse. La partie est alors définitivement perdue, et l'attente ne fera plus qu'aggraver les lésions et rendre plus malaisée l'intervention opératoire.

Sur une pseudarthrose ancienne du cubitus droit que j'opérai à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1893, je trouvai un exemple typique de cette interposition musculo-tendineuse ; la fracture siégeait au tiers supérieur de l'os, et l'on sentait, à travers la peau, les deux fragments, arrondis et minces, qui glissaient et pivotaient l'un sur l'autre. Une incision suivant le bord postérieur du cubitus me conduisit dans le foyer de la pseudarthrose; *les deux extrémités osseuses étaient séparées par une membrane, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, très large, oblique en bas et en arrière, et qui présentait l'aspect des muscles de l'avant-bras à leur insertion supérieure* : sur un fond rouge, musculaire, se détachaient des stries blanches, brillantes, aponévrotiques. Du reste, la lamelle se continuait en avant avec la face profonde du fléchisseur commun, et venait se perdre en arrière, dans l'extenseur; elle adhérait aux deux fragments, mais seulement à leur pourtour; par leur extrémité arrondie et lisse, chacun d'eux glissait sur la face correspondante du plan d'interposition.

J'incline à croire que, chez notre second malade, nous trouverons une bande musculaire interposée, et je me base sur la mobilité extrême que l'on retrouve encore aujourd'hui, trois mois après le traumatisme, bien que le membre soit à peine raccourci et que le chevauchement soit très peu marqué. Notre conduite est donc toute tracée.

De fait, lorsque l'absence de réunion osseuse, au bout d'un temps suffisant, est dûment constatée, n'est-il pas de mauvaise pratique de s'attarder aux moyens thérapeutiques, qui ne peuvent réussir que dans les simples retards de consolidation ? Dans cette dernière éventualité, nous avons à notre disposition une excellente méthode, que j'ai vu appliquer maintes fois, à laquelle j'ai eu recours moi-même et que j'utiliserai encore chez notre homme de 60 ans, dont le cal, au bout de trois mois, tarde à se compléter : je lui ferai

faire une botte silicatée, et *je le ferai lever et marcher*, autrement dit, j'aurai recours *au frottement automatique des fragments*. La pratique ne date pas d'hier, elle a été inaugurée par White, conseillée par Hunter, suivie par Malgaigne, Velpeau, Smith, etc. — Bruns[1], sur 84 cas de fractures du membre inférieur, ainsi traités par la marche curatrice (*Heilgehen*), relate 78 guérisons. Et voilà qui va à l'encontre du dogme vieilli de l'immobilisation absolue et forcée, dans le traitement des fractures. Le froissement et le massage réciproques des deux bouts osseux, la gymnastique musculaire, la circulation activée, impriment à toute la région un regain de vitalité, dont profite le travail d'ostéogenèse.

Mais, devant une interposition vraie, la méthode demeure illusoire. Si la lamelle inter-fragmentaire est très mince, il est possible que le jeu réciproque des deux fragments finisse par l'éroder, le perforer et le détruire, et que, de la sorte, le contact se rétablisse au bout d'un temps variable. Ce ne sera jamais qu'un résultat exceptionnel. Et, d'après tout ce que nous avons appris de la pathogénie de ces non-consolidations, le problème se formule en termes très simples : si le cal manque, c'est que le *large contact* n'existe pas entre les fragments, il y a chevauchement irréductible ou interposition. Dès lors, à quoi servira d'immobiliser encore? Ce qu'il faut, c'est ouvrir largement le foyer de fracture, reconnaître, *de visu*, les obstacles, régulariser les fragments, les remettre en continuité et faire la suture osseuse. Tel sera, aujourd'hui encore, notre programme.

II. — J'arrive aux *cals vicieux proprement dits* : la consolidation s'est faite, mais en mauvaise position, et les fragments sont immobilisés dans leur déformation primitive. Il y a, du reste, des degrés et des variétés dans ces déviations persistantes.

Sous une forme atténuée, tout se borne à une *irrégularité du cal* lui-même, sans incurvation de la jambe ni attitude vicieuse du pied. La coaptation n'a pas été complète : l'un des fragments dessine un relief hors rang, une saillie plus ou moins abrupte, qui soulève et menace la peau.

Ainsi en était-il chez ce terrassier de 36 ans, qui nous était venu d'un autre service, et dont la fracture, de réduction fort pénible.

1. Bruns. *Die allgemeine Lehre von der Knochenbrüchen. Deutsche Chirurgie* (Billroth-Lücke). Lief. 27.

avait nécessité toute une série d'appareils successifs : le 18 juillet, il tombe d'un wagonnet, dont une roue lui passe sur la jambe droite : fracture compliquée à 5 centimètres au-dessus de l'article tibio-tarsien ; premier appareil plâtré, quelques jours après ; second appareil, quinze jours plus tard ; troisième appareil à la fin d'août : réduction secondaire, sous le chloroforme, le 20 septembre, et quatrième appareil. En novembre, la fracture était consolidée, la jambe à peu près droite, mais il existait, sur la face externe du péroné, à 10 centimètres au-dessus de la malléole, une pointe irrégulière, saillante en arrière, qui semblait être l'extrémité du fragment inférieur; en dedans, à 7 centimètres au-dessus de la malléole interne, un autre relief, taillé net, dépendait de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, soulevait la peau, déjà un peu rouge et amincie, déterminait de vives douleurs, et menaçait de la perforer. Il était tout indiqué d'abattre cette saillie anormale, et le 14 novembre, j'incisai la peau et le périoste à son niveau, je la mis bien à découvert, et je l'excisai, à la gouge et au maillet. Il nous fut très aisé de constater, au cours de l'intervention, qu'il s'agissait bien du fragment tibial supérieur, légèrement déplacé en dedans.

Le professeur Richet[1], dans une clinique de 1888, rapportait un fait du même genre : fracture de jambe mal consolidée, et saillie du fragment supérieur qui menaçait la peau, devenue rouge et douloureuse ; il en pratiqua l'abrasion à la scie, pour ne pas ébranler, ajoutait-il, le cal encore jeune.

Si vous examinez les jambes les mieux consolidées, vous trouverez couramment, sur le tibia, et tout aussi souvent sur le péroné, *ces accidents de surface*, qui dénotent un léger défaut de coaptation, mais qui, plus tard, s'effacent d'eux-mêmes, et ne présentent aucune importance ; ailleurs, à la suite de certaines fractures comminutives, il arrive que, bien que le membre soit en excellente attitude, le cal ait pris un volume excessif, qu'il se soit entouré de végétations ostéophytiques, indice d'un travail actif et prolongé d'ostéite hypertrophiante.

Le plus souvent, il existe une *déviation permanente* du bas de la jambe et du pied, et qui affecte plusieurs types.

1. *Semaine médicale*, 1888, p. 173.

Dans le premier, et le plus couramment observé, *le cou-de-pied est incurvé ou coudé sur sa face externe*, la région malléolaire interne fortement saillante, le pied renversé en dehors, en valgus : c'est la déformation classique de la fracture de Dupuytren. La figure 72 vous en fournira un bel exemple.

Il s'agit d'une femme de 87 ans, que j'opérai, salle Lisfranc, en septembre 1892. La fracture remontait à environ six mois : fort mal traitée, elle avait laissé le cal vicieux que vous voyez, et pour lequel la malade, totalement impotente, entrait à l'hôpital. En dedans, une large ulcération, déterminée par la pression continuelle et les frottements, couvrait le relief, énorme et irrégulier, que dessinait la malléole tibiale. — Très vigoureuse encore malgré son âge, la pauvre femme se désolait de ne pouvoir qu'à peine quitter son lit et de rester ainsi à la merci et à la charge de ceux qui l'entouraient; elle désirait vivement que l'on cherchât à redresser sa jambe. Sur ses instances, je me décidai à l'intervention.



Fig. 72.



Fig. 73.

Cal vicieux du cou-de-pied gauche : ostéotomie linéaire du péroné, excision de la malléole interne : redressement.

Chloroforme, bande d'Esmarch; longue incision sur la face externe du péroné, angulairement coudé ; écartement des péroniers latéraux, incision et décollement du périoste, section de l'os, au ciseau, oblique en bas et en avant, au niveau de la coudure. Le pied ne se redresse pas; c'est à peine si son bord externe se laisse un peu abaisser; il semble retenu et comme calé par la grosse saillie malléolaire interne. Autre incision, symétrique, en dedans, sur cette malléole, qui, friable et graisseuse, se brise et s'émiette sous le ciseau : il eût été impossible d'y faire une section nette, ou d'y tailler un coin, il fallut l'évider tout entière, copeau par copeau, jusque près de sa surface cartilagineuse. Dès lors, une traction énergique put ramener le pied en dedans, et lui rendre son attitude normale. Mais il restait, au niveau de la malleole tibiale,

une assez large perte de substance, impossible à combler; je bourrai cette cavité à la gaze salolée, je fis un surjet de catgut sur le périoste du péroné, et je réunis la peau. Pansement salolé, gouttière plâtrée.

Il n'y eut aucune réaction, et, malgré son grand âge, la malade supporta très bien l'intervention et ses suites. La réunion se fit bien au niveau de la plaie externe; mais, en dedans, la perte de substance malléolaire fut assez longue à se combler; peu à peu, cependant, les deux os devinrent solides, et, au bout de deux mois et demi, la malade pouvait commencer à se lever et à marcher, avec une canne. Elle quitta la Pitié, le 3 janvier 1893, pour la Salpêtrière, où elle avait obtenu un placement; elle marchait alors assez bien, et se montrait très satisfaite du résultat obtenu (Fig. 73).

Ostéotomie linéaire oblique du péroné, ostéotomie cunéiforme du tibia : tel est, en effet, le mode ordinaire de l'intervention réparatrice, dans ces fractures de Dupuytren mal consolidées. Du reste, ici comme partout, les cas ne se ressemblent pas, et il est nécessaire de varier, dans une certaine mesure, la technique opératoire.

Ainsi, la section linéaire du tibia suffit parfois, sans qu'il soit utile d'en exciser un fragment cunéiforme à base interne. Sur une femme de 42 ans, que j'opérai encore salle Lisfranc, en août 1892, je me contentai de cette *double ostéotomie linéaire, péronéo-tibiale*. Le cou-de-pied gauche, à la suite d'une fracture qui datait d'un an, était fortement incurvé en dehors, et le bas de la jambe, comme coudé, à 6 centimètres environ de la pointe malléolaire, suivant un angle à sinus externe : le pied était renversé en dehors et ne portait plus sur le sol que par son bord interne et son extrémité; une légère ulcération recouvrait le relief interne, tibial, de la déformation. Le cal était d'ailleurs parfaitement solide et osseux ; l'articulation tibio-tarsienne avait conservé, quoique enraidie, une partie de ses mouvements propres. — La malade étant chloroformée, et la bande d'Esmarch appliquée, je fis, le long de la face externe du péroné, une incision de 9 à 10 centimètres; j'écartai les muscles péroniers, j'arrivai sur l'os, et, à la hauteur de sa coudure, j'incisai et je décollai le périoste; au même point d'inflexion, je fis alors, avec le ciseau et le maillet, une section de l'os un peu oblique en

bas, en avant et en dedans ; les deux fragments étant bien séparés, j'essayai de ramener le pied dans la rectitude, mais en vain; il était manifeste que « cela tenait » encore du côté interne, du côté du tibia. Une incision interne, parallèle à celle que je venais de faire, me conduisit sur le relief du tibia, et, à ce niveau, après incision et décollement du périoste, je commençai, au ciseau, une section de l'os, à peu près transversale; je m'arrêtai, quand je fus tout près de la face postéro-externe, et je rompis la mince lamelle qui restait par une traction en dedans exercée sur le pied. En effet, il se produisit un léger craquement, et le pied, cette fois, reprit sa position normale. Les fragments du tibia et du péroné se correspondaient bien exactement par leurs surfaces de section, et je crus inutile de faire des sutures osseuses, je réunis seulement le périoste par un surjet de catgut. Sutures cutanées sans drain ; pansement salolé; appareil plâtré. Il fallut deux mois pour que la jambe fût entièrement consolidée : elle avait repris toute sa rectitude, et la malade, qui se leva bientôt, s'appuyait sur le sol par toute la plante de son pied. Peu à peu la marche devint plus aisée, tout à fait satisfaisante.

Il arrive même qu'une *section simple de l'un des deux os*, du péroné ou du tibia, suffise à obtenir le redressement : l'inflexion forcée, à la main, fait le reste, et c'est pour cela qu'il semble de bonne pratique de commencer par l'ostéotomie du péroné, et de chercher à faire le redressement, avant d'attaquer le tibia.

Cette manœuvre m'a réussi, chez une troisième malade, en juillet 1895, à l'Hôtel-Dieu. Chez elle, la déformation en valgus existait encore, avec tous ses caractères : courbure à concavité externe du cou-de-pied, forte saillie de la malléole interne, marche très difficile, le pied ne portant sur le sol que par son bord interne. Je fis, sur la face externe du péroné, au niveau de la coudure une incision longitudinale, allant jusqu'à l'os, je décollai le périoste, et je sectionnai l'os avec l'ostéotome, en dirigeant le tranchant en bas et en dedans. Dès lors, le pied se laissa redresse sous le simple effort de la main, et placer en position régulière Suture du périoste au catgut fin, réunion cutanée totale, appareil plâtré. La guérison eut lieu sans incident, et le résultat fonctionnel fut excellent.

Cette année même, nous avons pu remettre en bonne attitude

une fracture de Dupuytren, mal consolidée, par l'excision de la malléole interne, sans ostéotomie du péroné, et les suites de l'intervention sont très satisfaisantes, comme vous pouvez en juger sur le malade, que nous revoyons de temps en temps.

Son histoire est instructive de tout point. Le 3 janvier, il glisse sur un trottoir, tombe et se casse la jambe. Il s'agit d'une fracture bi-malléolaire par divulsion, absolument typique : l'écartement malléolaire est très accusé, la malléole interne se dessine, sous la forme d'un relief très saillant, au niveau duquel la peau est déchirée. Apporté le soir à l'hôpital, le malade est traité avec le plus grand soin, on désinfecte et l'on panse la plaie, on réduit la déviation du pied par une forte traction en dedans, la jambe fléchie vers la cuisse ; puis, séance tenante, le membre ayant repris son attitude physiologique, on l'immobilise dans une gouttière plâtrée. Le lendemain, les jours suivants, la rectitude semble parfaite, et l'on se garde bien, le malade n'ayant ni douleur ni fièvre, de toucher à l'appareil. Le 13 février, on l'enlève, et l'on constate que la réduction ne s'est pas maintenue, mais que le valgus s'est reproduit et que la malléole interne est proéminente, et, en grande partie, dénudée. Toute tentative de réduction est inutile. Le 15, on résèque, au ciseau, en coin, la plus grande partie de la malléole saillante, et ceci fait, le pied se laisse redresser, renverser un peu en dedans, et, la plaie réunie, on l'immobilise de nouveau, dans le plâtre. La consolidation s'est faite lentement : elle est aujourd'hui complète, et, bien que le pied reste enraidi, la marche redevient de jour en jour plus facile.

Cette déformation en crosse à concavité externe, ce *pied-bot valgus traumatique*, représente le type le plus ordinaire des fractures mal consolidées du tiers inférieur de la jambe. Pourtant vous rencontrerez aussi la déviation inverse, le *renversement du pied en dedans*, la saillie de la malléole externe. En voici un exemple, des mieux caractérisés.

A la suite d'une fracture bi-malléolaire ancienne, mon malade présentait au pied droit la déformation que le moule reproduit (Fig. 74) : la malléole péronière, très saillante, et très hypertrophiée, descendait jusqu'au bord correspondant de la plante, jusqu'au contact du calcanéum. Quand le pied reposait à terre, son bord externe était en contact, par toute sa longueur, avec le sol,

et le bord interne légèrement élevé : la plante regardait un peu en dedans. La malléole interne était, elle aussi, un peu hypertrophiée, à en juger par le volume de celle de l'autre pied : l'écartement inter-malléolaire était très marqué, et le cou-de-pied paraissait comme affaissé. — Je pratiquai une première incision en Y,



Fig. 74. — Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée.



Fig. 75. — Le même pied, après l'opération.

sur la face interne du cou-de-pied, et je taillai un coin aux dépens de la malléole tibiale ; puis je dénudai la malléole péronière, dont je réséquai un épais copeau. Ceci fait, je redressai le pied, et l'enveloppai dans une gouttière inamovible. La guérison ne fut troublée par aucun incident, et, au bout de trois mois, quand l'opéré quitta le service, il marchait sans douleur, et à peu près bien, et son pied présentait l'aspect figuré ci-contre (Fig. 75).

J'ai observé la même *déviation en dedans*, sur un second malade, chez lequel une synovite séreuse chronique s'était développée sur le relief en dos d'âne du cou-de-pied. Le moule, représenté Fig. 76,

vous donnera une bonne idée de la déformation. Le pied était déjeté en dedans, et, à la hauteur du plan sus-malléolaire, les deux os de la jambe étaient, en quelque sorte, coudés sur leur face interne : le cou-de-pied dessinait une sorte de voûte convexe, tournée en haut et en dehors, et sur laquelle glissaient, un peu déviés, les tendons extenseurs. Sur ce relief arrondi, existait une volumineuse poche kystique, sous-cutanée, bilobée, que je ponctionnai d'abord et que j'extirpai quelque temps après. Son contenu était un liquide séreux : sa paroi était fibreuse, feutrée sur sa face interne et recouverte de brides enchevêtrées, et un goulot très serré séparait l'un de l'autre les deux diverticules. C'était une large bourse séreuse, sous-cutanée, développée au niveau du relief anormal du pied et, sous l'influence des frottements répétés, devenue kystique.



Fig. 76. — Déformation du cou-de-pied, à la suite d'une fracture sus-malléolaire vicieusement consolidée; gros hygroma chronique du dos du pied.

Bourses séreuses anormales, ulcérations cutanées et surtout gêne fonctionnelle considérable et claudication :

tels sont les accidents qui relèvent de ces fractures vicieusement consolidées. C'est donc faire œuvre de chirurgie utile que de redresser ces jambes tordues ou coudées, et la méthode sanglante, l'ostéotomie, simple ou double, linéaire ou cunéiforme, suivant les exigences variables de la déformation, est susceptible de nous fournir les meilleurs résultats. Elle ne saurait, en aucune façon, être mise sur le même pied que l'ostéoclasie, qui, à part les cas de fractures récentes, où il s'agit plutôt de redresser un cal encore en travail d'évolution, que de briser une jambe consolidée de travers, n'est jamais qu'un procédé de force, d'application peu précise, et de résultats incertains.

Du reste, c'est là un point de pratique aujourd'hui bien établi, et les documents ne manquent pas, en France et à l'étranger, à l'appui de l'ostéotomie dans les cals vicieux. La thèse de Bide, en 1879, sur les résections anaplastiques, le Mémoire de M. Hennequin[1], les faits de M. Duplay, rapportés dans la thèse de Junot (1893), la thèse de notre élève et ami le Dr Davin[2], les travaux allemands de Helferich (de Greifswald)[3] et de Diederichs[4], constituent les éléments principaux d'un dossier qu'il serait facile de grossir. La conclusion générale qui s'en dégage, c'est que la chirurgie réparatrice, que les sections et les excisions osseuses, judicieusement appliquées, sont susceptibles de redresser les déformations les plus complexes, et que nous ne devons plus rester inactifs, en présence de ces consolidations vicieuses.

Il vaudrait mieux les éviter, je le pense comme vous, et je me permets de dire, en terminant, que le « rhabillage » des fractures, et surtout des fractures du tiers inférieur de la jambe, mérite tous nos soins ; que ce n'est pas tout de bien immobiliser, qu'il faut, avant cela, *bien réduire* : en pareil cas les demi-mesures, les à peu près, ne servent qu'à préparer pour l'avenir les déformations et l'impotence. *Réaliser quand même et tout de suite la coaptation large et suffisante* : telle doit être la règle, et, pour la suivre,

1. Hennequin. Ostéotomie des os longs. *Revue de Chirurgie*, août-septembre 1892.
2. Davin. Du traitement des consolidations vicieuses des fractures de jambe (tiers inférieur). *Thèse doct.* 1893.
3. Helferich. *Die Behandlung deform geheilter Knochenbrüche* (*Münchener medic. Woch.*, 1892, n° 12).
4. Diederichs. *Ueber die operative Behandlung deform geheilter Frakturen an den langen Knochen der Extremitäten.* Inaug. Diss. Bonn, 1889.

il ne faut craindre ni de donner le chloroforme, ni au besoin d'ouvrir le foyer de fracture et de pratiquer la suture osseuse primitive. Faute de cela, vous serez souvent forcés d'y recourir, à une période tardive, dans des conditions tout autrement défectueuses, et qui rendront beaucoup plus incertain le pronostic fonctionnel.

Les deux malades qui font l'objet de cette leçon ont été traités comme il a été indiqué plus haut.

Le vieillard de 60 ans, qui présentait un simple retard de consolidation, s'est levé au bout de quelques jours, avec un appareil silicaté, et a commencé à marcher avec des béquilles; au bout d'un mois, la consolidation s'est achevée.

Le second malade, chez lequel nous relevions une véritable pseudarthrose, a dû être opéré à deux reprises, et la guérison, obtenue au prix de longs efforts, a fini par être complète. Au cours de la première opération, une incision de 12 centimètres fut pratiquée sur le bord antérieur du tibia, et découvrit une fracture en V absolument typique : le fragment supérieur avait glissé en bas et en dehors et s'adossait, par sa face interne, sur une hauteur de 4 centimètres environ, à la face externe du fragment inférieur. Une fois les deux bouts osseux bien isolés, on s'aperçut qu'une large bande musculo-aponévrotique se trouvait incluse entre eux, et l'on dut l'exciser. La portion chevauchée du fragment supérieur fut réséquée sur presque toute sa longueur, et, alors seulement, la coaptation put être obtenue; pourtant il restait encore, entre les deux fragments, une assez large perte de substance, en dehors. Un gros fil d'argent les réunit, et la jambe fut immobilisée. Au bout d'un mois, la consolidation n'avait fait que des progrès insensibles et la déformation s'était en grande partie reproduite; l'état général du malade était d'ailleurs assez précaire, et il nous avait demandé l'amputation. Pourtant un dernier effort fut tenté, le foyer découvert de nouveau, les deux fragments plus largement avivés, appliqués l'un à l'autre par une surface plus étendue, et, de nouveau, suturés au fil d'argent. Cette fois, la réunion osseuse se fit très régulièrement, sinon très vite : au bout de trois mois, elle était achevée, et le malade commençait à se lever. Il est sorti de l'hôpital avec une jambe solide et de bonne attitude.

XVII

UNE INTERVENTION RÉPARATRICE COMPLEXE

Ostéite ancienne des deux os de la jambe, à leur tiers inférieur; destruction totale des muscles antéro-externes et large cicatrice en bracelet à ce niveau. — Impotence complète. — Résection diaphysaire des os de la jambe et arthrodèse tibio-tarsienne. — Résultats.

Messieurs,

Je ne sais rien de plus attirant que la « chirurgie des estropiés »: corriger les défauts ou les oublis de la nature, réparer les lésions morbides, redresser les membres, rendre le mouvement aux articulations, faire marcher, de la marche naturelle, humaine, ceux qui se traînent sur les ischions, sur les genoux, sur un pilon, je ne sais rien qui soit plus digne de nos efforts, et rien aussi qui exige une si longue patience, que cette chirurgie réparatrice. L'amputation est l'opprobre du chirurgien, disait Syme : c'est pour éviter cet opprobre que je vais, pour sauver un membre, tenter devant vous une intervention fort complexe. Nous n'en saurons que dans plusieurs mois le résultat définitif, et peut-être cette jambe, si chèrement conservée, ne sera-t-elle qu'un levier rigide; mais je suis de ceux qui pensent qu'un pilon vivant, s'il est indolent et sain, vaut toujours mieux qu'un pilon de bois, ou même qu'un appareil prothétique perfectionné.

Voici mon cas, et c'est un très frappant exemple des suites fonctionnelles graves de l'ostéite tuberculeuse des membres. Il s'agit d'une fillette de 16 ans, assez grande, bien bâtie, et dont la santé générale ne laisse aujourd'hui rien à désirer. A l'âge de 5 ans, elle commença à souffrir des deux jambes : les douleurs siégeaient au niveau de la crête du tibia, des deux côtés, mais surtout à droite: des abcès se formèrent, et, au bout d'un an, l'enfant était admise à l'hôpital Sainte-Eugénie, où l'on pratiqua une double opération. La jambe gauche guérit très vite, mais, à la jambe droite, où l'évidement avait porté sur la partie interne et moyenne du tibia, la suppuration s'éternisa. Au bout de 3 ans, elle durait encore, et la

petite malade fut transférée à l'hôpital maritime de Berck, où elle resta deux autres années.

Là, une nouvelle opération fut pratiquée sur le tibia droit, et la cicatrisation finit par se faire définitivement. Dès lors la fillette put se lever, mais la marche était encore très pénible, et l'application du pied droit sur le sol était suivie de très vives douleurs au niveau de l'ancien foyer d'ostéite. Dès ce moment, son pied *tombait*, et elle était incapable de le relever et d'étendre les orteils.

Depuis lors, la situation est restée à peu près la même; les douleurs reviennent de temps en temps par crises, moins vives, il est vrai; au commencement de l'hiver, la jeune malade est entrée une première fois salle Lisfranc, pour une crise de ce genre; mais il n'existe, au tibia droit, aucune trace d'abcès, aucune douleur bien localisée, aucun indice d'un processus, d'ostéite récidivante.

Elle nous est revenue il y a quelques jours, et, aujourd'hui, c'est l'impotence de son membre, la gêne de la marche, l'impossibilité de tout travail, aussi bien que les douleurs, qui lui font réclamer une intervention décisive.



Fig. 77. — Ostéite ancienne des deux os de la jambe, à leur tiers inférieur. Large cicatrice en bracelet, et destruction totale des muscles antéro-externes, à ce niveau.

Voyez cette jambe : un peu au-dessous de la partie moyenne, une large bande cicatricielle, dure et adhérente, haute de 4 à 5 centimètres, et de bord irrégulier, l'entoure dans ses deux tiers antérieurs, et la bride comme un bracelet trop étroit : cette plaque épaisse recouvre immédiatement la face interne du tibia, un peu irrégulière et raboteuse, sa face externe et le péroné; *des muscles antéro-externes, on ne trouve plus aucune trace*, et le doigt, sous la cicatrice, ne rencontre que le plan osseux; à ce niveau, et sur une longueur de 5 centimètres environ, *tibia et péroné sont soudés l'un*

à l'autre, et l'espace inter-osseux n'existe plus. Sur toute la surface de la bride cicatricielle, la pression réveille une douleur vive, sans qu'on puisse trouver, sur l'os lui-même, de point douloureux bien localisé. Il est donc évident que la longue suppuration osseuse, d'une part, et la rétraction cicatricielle, ensuite, ont détruit presque entièrement les muscles jambier antérieur, extenseurs des orteils et péroniers, qui ne sont plus représentés, selon toute vraisemblance, que par de minces lamelles fibreuses, quant aux vaisseaux et aux nerfs, s'ils ne sont pas détruits, car on trouve encore, au cou-de-pied, le pouls de la tibiale antérieure, et la sensibilité cutanée est à peine émoussée sur le bas de la jambe et sur le pied, ils sont comprimés, eux aussi, et fortement serrés entre la nappe cicatricielle et l'os, et telle est, à notre avis, pour une grande part, au moins, la pathogénie des douleurs. En arrière, les deux extrémités de la bride ne se rejoignent pas complètement : aussi les muscles du mollet sont-ils conservés dans une faible mesure.

Quant au pied, il est ballant : dans le décubitus dorsal, il se place en équin ; il reste flottant, quand la malade est debout, et, dans la marche, il est soulevé comme un appendice inerte, et vient heurter le sol au hasard, par sa pointe ou l'un de ses bords : le triceps sural agit encore un peu, mais tout autre mouvement volontaire est supprimé. C'est un pied « mort », et qui contribue pour beaucoup à entraver la marche.

Tels sont les termes du problème. Que faire de ce pied, inutile et gênant, et de cette jambe, bridée vers son milieu par une épaisse cicatrice?

Un appareil orthopédique relevant le pied et le maintenant dans une attitude physiologique, permettrait sans doute la marche, plus ou moins facile, plus ou moins régulière. Mais il ne ferait pas cesser les douleurs, qu'entretient la constriction cicatricielle, et qui, peut-être, s'expliquent aussi par un sourd travail d'ostéite prolongée.

Il ne reste que deux alternatives : supprimer cette jambe, malade depuis 11 ans, atrophiée et incapable de tout service, ou chercher, par une intervention réparatrice complexe, à en faire, sinon un membre actif, du moins un bon pilon, indolent et solide. C'est ce dernier parti que nous avons choisi.

Nous devrons agir, à la fois, et *sur la jambe* et *sur le pied*. A la

jambe, si la plaque cicatricielle existait seule, avec les accidents de compression nerveuse qu'elle détermine, nous pourrions nous contenter de l'exciser largement, et de la remplacer par un lambeau de peau emprunté à l'autre membre. Mais il y a, au-dessous d'elle, un foyer ancien d'ostéite, qui semble éteint, c'est vrai, mais qui n'en reste pas moins suspect, et deux os soudés, irréguliers, douloureux même : ouvrir la cicatrice, évider les os sous-jacents, et, par-dessus, tenter une réunion plus ou moins rapide, c'est préparer, pour l'avenir, une cicatrice plus épaisse et plus rétractée encore, et un étranglement plus serré du membre.

Nous enlèverons, à la fois, et *la plaque cicatricielle*, et *le segment synostosé du tibia et du péroné*; nous ferons, en d'autres termes, une *résection diaphysaire* des deux os, sur toute la hauteur de leur soudure, sur 4 à 5 centimètres; nous les sectionnerons, au-dessus et au-dessous du foyer ostéitique, en tissu sain, et nous les recouvrirons par une peau, saine aussi, qui nous assurera une réunion complète et normale. Ce sera raccourcir le membre, j'en conviens; mais il sera facile de suppléer plus tard, par un appareil, à ce raccourcissement opératoire; et nous aurons le bénéfice de supprimer du même coup, et *le foyer osseux* et *la cicatrice*. Bien entendu, nous ménagerons, avec le plus grand soin, toutes les parties molles, espérant, qu'une fois libérées, elles reprendront peut-être un regain de vitalité.

Je n'ai trouvé que peu de précédents; pourtant, M. Jasinski[1], de Varsovie, a eu recours, en 1886, à un procédé opératoire assez semblable, et qui mérite d'être rapporté.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, qui, en tombant sous un tramway, s'était fait une fracture des deux os de la jambe, avec un épanchement sanguin considérable; la consolidation osseuse eut lieu sans incident, mais la peau et les parties molles se gangrenèrent sur une large étendue, laissant une vaste plaie qui bourgeonna lentement. — Deux ans plus tard, le pied était en équinisme, impotent, et les faces antérieure et postérieure de la jambe, recouvertes et engainées d'une épaisse cicatrice, ulcérée par places. La guérison définitive tardait toujours, et M. Jasinski prit le parti d'exciser toute la zone cicatricielle et ulcérée, en réséquant le

1. Jasinski. *Gazeta lekarska*, 1886, nº 51. — *Anal. in Centralblatt für Chirurgie*, 1887, p. 640.

segment correspondant des deux os de la jambe. Il pratiqua donc une *résection diaphysaire*, dans la région sus-malléolaire, et supprima un segment de tibia et de péroné, de 5 centimètres de haut environ. Une abondante suppuration ajourna le résultat définitif : il n'en fut pas moins très complet ; et, avec une semelle épaisse, l'opérée marchait d'une façon très satisfaisante.

J'avoue qu'en présence d'une cicatrice bridante et ulcérée, je ne me croirais autorisé à réséquer le segment correspondant du squelette et à raccourcir le membre, qu'après avoir tenté la greffe cutanée totale, par la méthode italienne modifiée ; mais ces scrupules ne sont pas de mise chez notre petite malade, où l'état des os suffirait, par lui-même, à légitimer la résection.

Voilà pour la jambe. Mais nous ne saurions penser que, même une fois libérés, les muscles, atrophiés et scléreux, vont reprendre leur activité, et l'impotence du pied disparaître. Le pied ballant restera définitif ; tout ce que nous pouvons faire, c'est de le rendre le moins gênant possible, en l'immobilisant à angle droit sur la jambe, dans l'attitude physiologique de la station debout, en d'autres termes, en pratiquant l'*arthrodèse tibio-tarsienne*.

L'arthrodèse pourrait être définie : l'*ankylose artificielle d'une jointure saine*. Or, pour obtenir une ankylose vraie, une soudure osseuse de deux surfaces articulaires, la condition essentielle, c'est de détruire le cartilage d'encroûtement, et de mettre en contact deux plans osseux, qui puissent adhérer l'un à l'autre par un véritable cal. Toute l'opération se résume donc en ces deux points : ouvrir l'article, par la voie la plus favorable et qui nuise le moins à l'appareil ligamenteux ; dépouiller les surfaces aussi complètement que possible de leur cartilage, et les maintenir l'une contre l'autre en solide contact.

En réalité, depuis les premières tentatives du professeur Albert (de Vienne), qui pratiquait, le 10 juillet 1878, l'arthrodèse des deux genoux, et de M. von Lesser (de Leipzig), en 1879 et 1880, l'opération a fait son chemin : elle a été appliquée non seulement au pied, mais à presque toutes les jointures, et les observations, comme les mémoires, se sont multipliés. En France, M. Defontaine (du Creusot)[1] a pratiqué, en 1889, les premières arthrodèses, et c'est à

1 DEFONTAINE, *Soc. de Chirurgie*, 1889, p. 455.

M. Kirmisson que revient le mérite d'avoir surtout étudié et vulgarisé l'opération. Dans ses Leçons sur l'appareil locomoteur, dans un excellent article d'ensemble de notre collègue M. Eug. Rochard[1], dans les travaux de Rœrsch[2], de Schwartz et Rieffel[3], dans la thèse de Renault[4], vous trouverez tous les documents nécessaires à l'étude de cette question, dont l'histoire est déjà presque complète.

Au cou-de-pied, nous pouvons aborder l'articulation en dedans, en dehors ou en avant. Nous suivrons la *voie externe* : une incision verticale suivra le bord postérieur de la malléole et, au-dessous d'elle, se recourbera pour finir en arcade sur le dos du pied; nous découvrirons d'abord les tendons des péroniers latéraux, qui seront soigneusement écartés en bas et en arrière, puis les ligaments péronéo-astragaliens seront sectionnés successivement et le pied luxé en dehors.

Le « désencroûtement » de l'astragale et de la mortaise, pour être complet, ne laisse pas que d'être fort minutieux; il doit se faire à la rugine courbe ou à la curette et se poursuivre sur les deux faces de l'astragale, sur les faces profondes des malléoles et jusqu'à l'extrême limite du revêtement cartilagineux. Ceci fait, pour mieux assurer le contact intime et l'emboîtement exact des surfaces articulaires, un grand nombre de chirurgiens les réunissaient par des tiges métalliques ou des chevilles d'ivoire; Albert traversait les deux malléoles et l'astragale par une tige transversale; le plus souvent, une cheville d'ivoire, implantée d'une part dans l'astragale et de l'autre dans le plateau tibial, les clouait, en quelque sorte, l'un à l'autre. Pourtant il semble qu'une immobilisation exacte et rigoureuse permette de supprimer ces corps étrangers; et, chez notre petite malade, après avoir poursuivi aussi loin que possible la décortication du cartilage, nous envelopperons le membre dans une large gouttière plâtrée, qui servira en même temps à immobiliser l'article tibio-tarsien et à maintenir en contact les fragments des deux os de la jambe réséqués. Il me semble utile, en effet, de faire, dans une même séance, les deux interventions, en commençant par l'arthrodèse, et cela pour deux raisons : d'abord, il est possible que nous trouvions du pus dans

1. E. Rochard. *Revue d'orthopédie*. 1891, n° 2.
2. Rœrsch. *Revue de chirurgie*, juin 1892.
3. Schwartz et Rieffel. *Revue d'orthopédie*. 1893, p. 103.
4. Renault. *Th. doct.* 1894. Voy. la bibliographie, très étendue dans cette thèse et dans celle de Cochon, *Contribution à l'étude de l'arthrodèse*. Lille, 1892.

l'ancien foyer d'ostéite tibiale, et ensuite les pressions nécessaires à la luxation du pied s'exerceront plus utilement sur une jambe intacte.

La double opération a été pratiquée le 16 avril. L'arthrodèse a été faite d'abord, et la luxation de l'astragale n'a pas été sans pré-



Fig. 78. — Résection diaphysaire de la jambe droite, et arthrodèse tibio-tarsienne. La malade, guérie, pourvue de son appareil prothétique.

senter quelques difficultés. A la jambe, une longue incision découvrit les deux os au niveau de la cicatrice ; on trouva encore dans la loge jambière antérieure l'artère et le nerf tibial antérieur, mais perdus au milieu d'une gangue fibreuse, qui, par sa direction fasciculée seule, montrait qu'elle occupait le plan des muscles

jambier et extenseurs. Le tibia fut d'abord trépané au ciseau, il ne renfermait aucun foyer suppuré, aucun séquestre, mais il était fortement hyperostosé et d'une grande dureté, et son canal médullaire n'était plus représenté que par un peu de tissu spongieux. On acheva alors, au ciseau, le morcellement du segment correspondant et l'on excisa toute la portion synostosée des deux os, soit environ 5 centimètres. Une suture au fil d'argent réunit les deux fragments du tibia; ceux du péroné étaient bien en contact. Excision de toute la nappe cicatricielle. Suture cutanée.

Le membre resta immobilisé deux mois dans un appareil plâtré. La réunion ne se fit que partiellement; mais, peu à peu, la consolidation des deux os s'acheva, et la malade, pourvue d'une botte silicatée, put commencer à se lever. Elle est sortie fin novembre, avec un appareil prothétique de soutien, pour la jambe et le pied (Fig. 78).

XVIII

OSTÉITE TUBERCULEUSE DU PREMIER MÉTATARSIEN ET LYMPHANGITE TUBERCULEUSE. LES AMPUTATIONS PARTIELLES DU MÉTATARSE

Deux faits d'ostéite tuberculeuse du premier métatarsien; nodules secondaires de lymphangite tuberculeuse. — Les tuberculoses de l'avant-pied. — *La lymphangite tuberculeuse et la tuberculose cutanée consécutives à des lésions osseuses, deux types : a,* la lymphangite ou la tuberculose cutanée sont développées autour d'une fistule ostéopathique. — *b,* il n'y a aucun rapport direct, apparent, entre les lésions osseuses et tégumentaires. — Valeur pronostique de ces complications. — *L'amputation du premier métatarsien :* il est mieux d'enlever l'orteil correspondant. — Résultats fonctionnels éloignés : *accommodation secondaire du pied,* attitude en varus, déviation compensatrice des orteils voisins. — Résultat obtenu chez l'un de nos malades.

Messieurs,

Nous avons à traiter deux jeunes malades, une petite fille de 16 ans, un garçon de 17 ans, pour une lésion toute semblable du pied : *une ostéite tuberculeuse du premier métatarsien,* chez l'une, *des deux premiers métatarsiens,* chez l'autre. L'extension du mal varie seule, et de plus, chez la petite fille, une complication toute spéciale, des nodules de *lymphangite tuberculeuse,* et des ulcérations cutanées de même nature, se combinent à la localisation osseuse : chez tous les deux, se pose le même problème opératoire, que nous aurons à discuter.

Voici d'abord leur histoire.

La petite fille, bien que n'ayant pas d'antécédents morbides avérés, est pâle et frêle; elle n'est réglée que depuis quelques mois, et à la même époque remonte l'affection des deux pieds. Les deux pieds sont atteints, en effet, mais à un degré différent : le pied gauche, qui s'est pris le dernier, se trouve aujourd'hui le plus gravement compromis. Il y a trois mois environ, des douleurs sourdes, et de jour en jour plus intenses, se sont fait sentir au

niveau du bord interne et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, puis une bosselure arrondie, bientôt molle et rougeâtre, s'est développée sur la face dorsale du premier métatarsien. Elle s'est ouverte, en laissant la large ulcération que nous constatons aujourd'hui, ulcération ovalaire, de dimensions supérieures à celles d'une pièce de cinq francs, de bord aminci, irrégulier, décollé, de fond mamelonné, rouge, sanieux; la peau, tout autour, est violacée et squameuse. Cette plaque bourgeonnante s'implante profondément sur le métatarsien, et le stylet pénètre sans peine dans un foyer de carie, qui occupe toute la moitié antérieure de l'os; l'articulation est restée mobile.



Fig. 79. — Nodules de lymphangite tuberculeuse.

Sur le dos du pied, et sur une ligne qui continue l'axe de l'ulcération vers la malléole interne, on relève *deux petites bosselures, sous-cutanées, arrondies, bien régulières, fluctuantes*, et sur la jambe, vers son tiers supérieur, *une surface ulcérée*, large comme une pièce de un franc, de même aspect et de même nature que celle du pied, mais exclusivement cutanée.

A droite, le squelette est moins malade, bien que les premières atteintes du mal datent de neuf mois : à la base du gros orteil, un « petit bouton » apparut, gros comme un grain de mil, puis s'agrandit, se souleva, s'ouvrit, en donnant issue à une petite quantité de pus épais, et resta ulcéré : aujourd'hui, on retrouve, à ce niveau, une ulcération irrégulière, et tout autour, sur le dos de l'orteil comme sur celui du métacarpien, la peau a perdu ses caractères normaux : elle a revêtu une apparence cicatricielle. Sur un fond vaguement bleuâtre, elle est semée de petites lamelles blanchâtres, en voie de desquamation; au palper, elle est empâtée, indurée, et de là, une déformation de toute la base de l'orteil. — A la limite de cette zone, sur le dos du pied, on remarque le relief arrondi, très net, bien isolé, bien saillant, de *quatre bosselures*,

qui se sont montrées, il y a deux mois environ, sans douleur, sans changement de couleur de la peau : les trois principales sont distribuées en triangle à base inférieure, chacune d'elles est large comme une pièce de un franc, a la forme d'une ampoule hémisphérique, et présente une fluctuation manifeste. Quand on cherche à déplacer la peau, elles se déplacent avec elle, et il semble bien qu'elles aient pris naissance *dans la peau elle-même, à sa face profonde, ou dans les couches les plus superficielles de l'hypoderme.* Une dernière ampoule, plus petite, rouge à son centre, est située au-dessous et en dedans des trois nodosités en triangle (Fig. 79).

Chez notre second malade, les lésions sont limitées au squelette, elles datent de cinq mois, et se sont révélées d'abord, sans cause appréciable, par des douleurs et du gonflement : le bord interne du pied est épaissi, violacé, œdémateux ; deux fistules, l'une sur ce bord, l'autre à la plante, conduisent sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien, ramolli et carié ; deux autres fistulettes, sur la face dorsale, mènent à un second foyer qui occupe, suivant toute vraisemblance, le second métatarsien. La peau, dans la zone voisine, le reste du membre, les ganglions inguinaux sont intacts.

Nous avons donc affaire, ici encore, à une *tuberculose de l'avant-pied ;* mais, dans l'un et l'autre cas, l'affection est encore bornée au métatarse, et une amputation partielle sera, semble-t-il, l'opération nécessaire et suffisante.

D'ailleurs, c'est là un mode de début fréquent de *la tuberculose du pied* et, d'après la statistique rassemblée par Love[1] en 1880, sur 152 cas de carie du pied, le tarse était atteint 26 fois, le calcanéum 34 fois, les orteils 17 fois, le métatarse et les orteils 5 fois, le tarse et le métatarse 8 fois, enfin le métatarse était le siège primitif du mal, 62 fois. Cette période de localisation initiale ne dure qu'un temps, et ces ostéites métatarsiennes s'étendent vite au massif tarsien, ce qui crée à l'intervention des nécessités graves. Nous allons y revenir.

Mais, avant cela, je veux appeler votre attention sur *la lymphangite tuberculeuse et la tuberculose cutanée,* qui, chez

1. Love. *Th. doct.* 1880.

notre petite malade, se surajoutent à l'ostéite tuberculeuse du pied.

Cette double complication, peu remarquée en général, est loin d'être rare. Elle se présente sous les deux formes que voici :

I. — Dans une première catégorie de faits, la plus nombreuse, c'est *autour d'une fistule ostéopathique que la peau s'ulcère et que les troncs lymphatiques se prennent*, le processus est alors aisé à suivre, et l'on s'explique comment l'infection, née de la profondeur, gagne la superficie du membre et s'irradie de proche en proche dans l'épaisseur de la peau. Quel que soit l'aspect que revêt la tuberculose cutanée, secondaire, qu'elle affecte les caractères de l'ulcération banale, du lupus ou de la tuberculose verruqueuse, elle se développe au pourtour de l'orifice fistuleux et dénonce par là son origine. Que de fois vous observerez ces altérations profondes de la peau, au voisinage des foyers osseux ouverts! Que de fois ne sommes-nous pas forcés, après l'évidement osseux, de réséquer le tégument épaissi, lardacé, violacé, infiltré de petits abcès ou semé d'ulcérations fongueuses, et souvent sur une large zone! Le fait est trop courant pour que j'y insiste.

Il est moins fréquent que la *lymphangite tuberculeuse se montre avec un type bien caractérisé*, comme chez notre malade. M. Prioleau (de Brives)[1] en a fourni, dans un mémoire de 1891, des exemples de grand intérêt : sa première malade, une jeune fille de 20 ans, portait, elle aussi, une fistule osseuse au niveau de la partie moyenne du premier métatarsien droit. « La fistule se tarit peu à peu, et, durant cette évolution vers la guérison, il survint autour de son orifice une plaie croûteuse, augmentant par l'adjonction de petites plaies secondaires dues au ramollissement des tissus. » Partant de là, on voyait « serpenter des cordons fins, légèrement blanchâtres, avec nodosités échelonnées en grains de chapelet », et l'auteur figure ces traînées de lymphangite noueuse. L'examen microscopique démontra l'existence de bacilles tuberculeux dans le pus, dans le derme, et surtout dans une des nodosités lymphangitiques. — Quatre autres observations sont calquées sur celle-ci : mêmes ulcérations cutanées, mêmes cordons lymphatiques. Le siège de la lésion originelle varie seul : c'était une tumeur blanche du coude droit, dans un cas; une ostéite tuberculeuse du radius droit, dans l'autre; une ostéite de l'extrémité

1. PRIOLEAU. *De la tuberculose cutanée et de la lymphangite tuberculeuse consécutives à la tuberculose osseuse. Études expérim. et clin. sur la tuberculose.* T. III, 1891, p. 116.

inférieure du tibia droit, dans un troisième; une ostéite du tibia gauche, dans le dernier : les quatre foyers osseux s'ouvraient à l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux, qui marquaient le point de départ de la lymphangite.

Du reste, les faits de ce genre ont été depuis longtemps signalés et cet *ensemencement secondaire de la peau* a été maintes fois indiqué, sinon étudié avec précision. Dans une thèse de 1889, M. Cronier[1] en rapportait des exemples. Ce qui est plus rare, c'est l'existence d'une lymphangite tuberculeuse, typique, en cordons noueux ou en réseau, telle qu'elle est figurée dans le mémoire de M. Prioleau.

Mais, à côté de la forme classique, si nette, si caractérisée, la tuberculose des lymphatiques est susceptible de revêtir d'autres aspects, un autre type, moins complet, moins extensif, et qui n'en dérive pas moins du même processus. Ainsi en est-il de ces nodules aujourd'hui ramollis, qui sont semés à la face dorsale des deux pieds, chez notre malade, et qui représentent, en quelque sorte, la première étape de la lymphangite ascendante. Les ganglions inguinaux sont indemnes, et il n'y a là rien d'étrange : le fait est dans les habitudes de la lymphangite tuberculeuse, si je puis ainsi dire, qui semble remonter lentement, pas à pas, le long du membre et n'atteint souvent que très tard les ganglions. Quant à l'ulcération tuberculeuse qui occupe le tiers supérieur de la jambe gauche, elle rentre plutôt dans la seconde catégorie de faits.

II. — Il arrive, en effet, *que la tuberculose cutanée, que la lymphangite tuberculeuse secondaire, ne soient reliées par aucune voie directe, par aucune continuité apparente, ave le foyer osseux originel :* il n'y a pas de fistule, et la combinaison des lésions superficielles tégumentaires, et des lésions profondes, squelettiques, s'explique mal tout d'abord. Elle n'en est pas moins indéniable en clinique. L'an dernier, un élève de l'École de Lyon, M. Adenot[2], insistait sur l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses, en apparence exclusivement cutanées, et il en donnait plusieurs observations, empruntées à la pratique de MM. Ollier et Poncet.

Ailleurs, c'est la lymphangite tuberculeuse proprement dite qui

1. Cronier. *De l'inoculation secondaire de la peau, consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds.* Th. doct. 1889.

2 Adenot. *De l'origine de certaines ulcérations tuberculeuses, en apparence exclusivement cutanées.* (*Revue de Chirurgie*, octobre 1893.)

apparaît ainsi, isolée et indépendante, semble-t-il, émanant en réalité d'une lésion osseuse profonde. MM. Hallopeau et Goupil[1] ont publié l'histoire fort intéressante d'un malade chez lequel la lymphangite tuberculeuse, de grande extension, avait revêtu la forme lymphangiectasique; on trouvait « sur le membre inférieur gauche un grand nombre de nodosités intra-dermiques ou sous-cutanées, confluentes autour du cou-de-pied, disséminées à la cuisse sur le trajet des lymphatiques; la plupart sont ulcérées, et donnent issue soit à du pus, soit à un liquide citrin qui a tous les caractères de la lymphe; d'autres sont dures ou en voie de ramollissement; les ganglions inguinaux sont tuméfiés, les extrémités inférieures des os de la jambe paraissent augmentées de volume; et les auteurs ajoutent que « cette tuméfaction des extrémités osseuses et la confluence à leur périphérie des tumeurs suppurées conduisent à les considérer comme le point de départ des altérations ».

J'ai vu, ici même[2], en 1883, dans le service de mon éminent maître Verneuil, un malade atteint d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, et qui présenta à la cuisse, le long de la face interne, deux nodules arrondis, qui devinrent des abcès froids. Ils s'étaient développés le long des lymphatiques satellites de la veine saphène interne, et c'étaient, à n'en pas douter, des nodules lymphangitiques tuberculeux.

Enfin, Messieurs, ces abcès froids sous-cutanés, multiples, en série, que M. le professeur Lannelongue a décrits sous le nom *d'abcès concomitants*, et qui, suivant leur nom, coexistent avec un foyer osseux primitif, un spina ventosa, une tumeur blanche, rentrent aussi dans le cadre de la lymphangite tuberculeuse : leur distribution, leur siège sous-cutané ou intra-dermique, leur évolution en sont des preuves suffisantes. Là encore, le même processus se réalise; je ne veux pas en rechercher, avec détails, le mécanisme intime. En pratique, devant une tuberculose cutanée, typique, verruqueuse, ulcéreuse, devant une lymphangite tuberculeuse, poly-nodulaire, pauci-nodulaire, lymphangiectasique, il faut soupçonner une lésion osseuse, et même si le foyer primitif semble éteint, si

1. HALLOPEAU et GOUPIL. *Lymphangite gommeuse, de nature probablement tuberculeuse. Soc. de dermat. et de syphil.*, 10 juillet 1890 et 13 novembre 1890, et *Thèse de Goupil*. De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique, 1892.

2. *Essai sur la lymphangite tuberculeuse. Études expér. et clin. sur la tuberculose.* T. III, 1891, p. 190.

les fistules se sont oblitérées, il faut se méfier encore d'une récidive, latente peut-être, mais qui progresse sourdement.

Dans l'autre éventualité, celle qui se présente chez notre malade, les nodules lymphangitiques qui compliquent l'ostéite tuberculeuse du premier métatarsien ne sont pas sans assombrir un peu le pronostic; non point que la lymphangite tuberculeuse soit, par elle-même, surtout dans ses formes circonscrites, une affection grave; en général, ses nodules grossissent peu, sa marche est lente, elle cède sans trop de peine à un traitement bien appliqué. Dans tous les cas de M. Prioleau, « l'acide lactique a donné une guérison de la lésion cutanée avec diminution notable des lésions lymphatiques ». J'avoue que l'excision totale ou un curettage énergique, suivi d'un badigeonnage à la solution de chlorure de zinc, me paraissent fournir une guérison plus sûre, et c'est là ce que nous ferons, sur l'un et l'autre pied, après avoir traité la lésion principale. Il n'en est pas moins vrai que pareille complication révèle toujours une tendance extensive de la tuberculose, et l'on ne sait jamais, en dépit des apparences, où s'arrête cette marche ascendante.

J'arrive à la seconde question, à celle de l'*intervention opératoire*. Que devons-nous faire? Faut-il nous contenter d'exciser largement le premier ou les deux premiers métatarsiens, ou devrons-nous recourir à un plus large sacrifice?

Vous savez qu'en fait de tuberculose, les *amputations partielles du pied* sont d'un pronostic médiocre, et que l'avenir se charge souvent de justifier ce mauvais renom. Cela est vrai surtout quand l'affection s'est étendue au massif tarsien : or, chez nos malades, le tarse paraît indemne. Ils sont très jeunes tous les deux, et le processus de réparation trouvera un bon terrain. Enfin, s'il est avéré que l'on marche, et que l'on marche bien sans avant-pied, ce n'est pourtant jamais une marche régulière, physiologique, humaine. Pour ne pas l'être au même degré que la main, le pied n'est pas moins, si j'ose dire, un organe éminemment respectable, sur lequel on doit être sobre de mutilations.

Je n'irai pas trop loin dans ces tentatives conservatrices, et je me garderai bien de conserver le gros orteil, après l'ablation du premier métatarsien. La résection devant être très large, la reproduction osseuse ne sera que très insuffisante, et l'orteil privé d'at-

taches et de soutien, ballant et mobile, incapable de servir de point d'appui, ne serait plus que gênant. M. Ollier[1] a constaté qu'en pareil cas, il se dévie très souvent, aussi ne conseille-t-il de le conserver que sous la réserve qu'on puisse, avec lui, garder toutes les attaches des muscles sésamoïdiens; par leur action synergique, ils le tiennent alors, pour ainsi dire, en équilibre.

Je ne chercherai donc point à ménager le gros orteil, je ferai une résection étendue de tout le bord interne de l'avant-pied, en extirpant le premier, et s'il y a lieu, le second métatarsien. Quel sera l'avenir fonctionnel d'une pareille opération, qui supprime l'un des principaux points d'appui de la voûte plantaire?

L'expérience, meilleure que toutes les théories, a démontré que cette *ablation totale du premier métatarsien* donnait de bons résultats éloignés, et il me suffit d'invoquer le témoignage de M. Ollier, qui a pu suivre de longues années ses anciens malades : en 1890, chez des opérés de 1864, la guérison se maintenait (depuis 26 ans) et le fonctionnement du pied restait satisfaisant.

Le pied mutilé devient, en effet, le siège d'un véritable travail d'*accommodation*, qui exige un long temps pour se compléter. La statique est changée : il s'y façonne peu à peu, et ses conditions de stabilité et d'appui se modifient suivant sa forme nouvelle. Vous savez qu'à l'état normal les surfaces d'appui sont représentées par le talon, le bord externe du pied, la tête du cinquième métatarsien, et celle du premier, le talon antérieur; et, pour que la marche soit normale, il faut que le point d'appui talonnier soit sur le même axe antéro-postérieur que le point d'appui antéro-interne, métatarsien. Ce dernier étant supprimé, *le second orteil se dévie alors en bas et en dedans, et le pied tout entier se place en légère rotation interne, en varus*; il en résulte que la tête du second métatarsien ou celle du troisième, reportée en dedans, remplace le point d'appui qui manque : le trépied plantaire, raccourci dans son diamètre transversal, est ainsi reconstitué.

Cette déviation en dedans, compensatrice, en quelque sorte, du second orteil, a été relevée dans la plupart des cas d'ablation du gros orteil, d'amputation du premier métatarsien ou des deux premiers, et des orteils correspondants. Les moules en témoignent,

1. OLLIER. *Traité des Résections*. T. III

et vous vous en rendrez bien compte sur ceux-ci, qui appa à M. Verneuil, et que M. Delorme a reproduits déjà dans lent article[1].

Nous tirerons de là cette conclusion pratique importan *l'amputation du premier ou des deux premiers métatarsi que la restauration nelle soit bonne, il le pied mutilé se pl rement en varus.* Et le grand écueil de ration, c'est le valg cutif, et qui n'a, en que trop de tendan blir et à devenir pe les opérés, qui marc marchent sur le bor du pied, sur leur Nous aurons donc nos mesures pour d'emblée cette dé secondaire; dès auj le pied opéré sera in en varus; plus tard, guérison opératoire maintenu longtemp même attitude; e bottine spéciale, bie et constamment por rera la permanence « position de guéri permettra au travail modation fonctionnelle de s'achever sans obstacle.



Fig. 80. — Amputation des deux premiers métatarsiens et des orteils correspondants. Attitude du pied, trois mois et demi après l'opération.

Sur notre petite malade de 16 ans, nous avons pratiqué du premier métatarsien et du gros orteil, excisé les nod phangitiques du pied, et curetté l'ulcération jambière. M sement, elle est sortie de l'hôpital avant d'être guérie.

1. Delorme. Art. Pied, *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. X p. 818.

Le garçon de 17 ans a été opéré le 13 juin. Nous avons dû extirper le premier et le second métatarsien, avec les orteils correspondants et le premier cunéiforme et réséquer, en même temps, un large segment cutané. La réunion s'est faite partiellement, par première intention (une partie de la plaie avait été tamponnée à la gaze iodoformée), et s'est complétée assez vite. Dans le courant d'août, la cicatrisation était achevée, et l'opéré commençait à se lever et à marcher, le pied étant maintenu en bonne attitude, en léger varus, dans un appareil silicaté. Les progrès ont été dès lors très rapides; aujourd'hui (octobre), le pied est en bonne position, bien guéri et indolent, et, avec une bottine appropriée, notre jeune garçon marche très bien et travaille régulièrement (Fig. 80).

XIX

LES FORMES INVÉTÉRÉES DU PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX ET LEUR TRAITEMENT OPÉRATOIRE

La forme initiale du pied plat valgus douloureux; ses trois termes : aplatissement de la voûte plantaire; valgus; douleur. Valgus et douleur sont toujours associés. — *Les formes invétérées :* déformations ostéo-articulaires du bord interne du pied, subluxation de l'astragale, etc. Nécessité d'une intervention opératoire; trois exemples. — A. L'opération d'Ogston et ses dérivés; *la tarsectomie cunéiforme interne :* elle doit être large et se prolonger loin en dehors. — Résultats. — B. *L'ostéotomie supra-malléolaire* ou opération de Trendelenburg : un fait, suivi d'insuccès, et d'une tarsectomie cunéiforme interne, secondaire.

MESSIEURS,

Vous savez combien le pied plat valgus douloureux, dans sa *forme initiale*, bénigne, curable, est d'observation courante. Aujourd'hui encore, je puis vous en présenter un exemple bien caractérisé. Voici un jeune garçon de 22 ans, côtier aux omnibus, qui nous est entré, il y a quelques jours, à la suite d'un léger accident. Garçon de charrue, avant d'être employé au service des omnibus, il a commencé à souffrir de ses deux pieds, vers l'âge de 15 ans: le soir, après les longues journées de travail, il ressentait des douleurs sourdes, qui devinrent avec le temps plus vives et lui rendirent très pénible la marche ou la station debout prolongée. Son nouveau métier n'était guère propre à améliorer sa situation, aussi les souffrances et la déformation vont-elles en s'accroissant.

Voyez ses deux pieds : ils sont plats, le droit surtout, le bord interne repose sur le sol par toute sa longueur, et même, au pied droit, un durillon, situé à la hauteur du scaphoïde, marque bien cette pression anormale; ils sont, de plus, en valgus, le bord externe est relevé, et la plante renversée en dehors. Les empreintes que voici traduisent fort bien cette double malformation. En outre, et comme conséquence, vous remarquerez, sur la face antérieure et externe du cou-de-pied, le relief des tendons du long extenseur commun, du jambier antérieur, du court péronier latéral, et toute

tentative pour ramener le pied dans son attitude normale exagère la saillie des cordes tendineuses. Enfin, si j'applique mon doigt sous la base du premier métatarsien, et que je cherche à le refouler en haut, tout en demandant au malade de me résister et de s'opposer à mon effort, je constate que le long péronier latéral parait affaibli et qu'il ne m'oppose qu'une résistance médiocre; et le pied droit, où l'aplatissement et le valgus sont le plus prononcés, est aussi celui où le long péronier semble avoir le plus perdu de sa puissance.

Quelle importance a été attribuée, depuis Duchenne (de Boulogne), à cette impotence du long péronier latéral, je ne veux pas le répéter ici. Je me contenterai de rappeler que, sous ce type banal, la maladie présente un triple élément : l'*aplatissement de la voûte plantaire*, — *le valgus*, — *la douleur*. Quels sont les rapports réciproques de ces trois termes? Quel est le premier en date et celui qui commande les deux autres? L'examen des faits permet de le dire avec quelque vraisemblance.

Le pied plat n'est pas douloureux par ce fait seul qu'il est plat; et la compression des tissus plantaires n'entre que pour une part restreinte dans la pathogénie des douleurs. Le pied plat n'est-il pas le propre de certaines races, qui sont précisément des races de marcheurs? Et les nègres en sont le meilleur exemple. Les pieds plats congénitaux sont le plus souvent indolents, et ne créent aucune entrave ni à la station prolongée, ni à la marche, ni à la course. Vous en trouverez des preuves à tout instant; et, tout récemment, j'attirais votre attention, dans le service, sur un homme de près de 60 ans, qui avait toujours été grand travailleur et grand marcheur, et dont les deux pieds étaient plats; il avait fallu une légère entorse pour l'arrêter. Or, la plante reposait sur le sol par toute sa surface; il n'y avait pas de valgus. Je dirais donc volontiers que *le pied plat ne devient douloureux que quand il se combine au valgus*. Douleur et valgus sont, en pareil cas, toujours associés. Le matin, notre jeune malade souffre beaucoup moins : le valgus a disparu en grande partie, il n'existe presque plus durant les périodes d'accalmie, il se prononce de plus en plus au moment des crises : une série d'empreintes permettrait de donner une expression figurée à cette répétition simultanée du renversement de la plante et de la douleur.

Pourquoi le valgus est douloureux, il n'est pas difficile de le comprendre. L'axe de la jambe tombe alors en dedans de la ligne médiane du pied : tout l'effort porte sur les ligaments internes, qui sont, pour ainsi dire, en état d'entorse continue. La localisation des souffrances, spontanées et provoquées, justifie entièrement cette interprétation; et en regardant le membre par sa face postérieure, comme le conseille M. Trendelenburg, cette déviation de l'axe jambier saute aux yeux et acquiert toute sa valeur.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, et bien que les douleurs remontent à sept années, je dis que les pieds plats valgus de notre sujet appartiennent encore à la forme curable, et voici pourquoi. La cambrure se laisse encore aisément reconstituer; le bord interne n'est pas déformé, pas épaissi, les os ont conservé leurs rapports normaux, les articulations sont mobiles, il n'y a pas de subluxation de la tête de l'astragale. Aussi la thérapeutique devra-t-elle être fort simple : le repos au lit, pendant la crise, une double semelle, en dos d'âne, bien faite, bien moulée sur le pied, et qui sera constamment portée, quand le jeune garçon reprendra son travail, et c'est tout. Encore faudra-t-il le prévenir des récidives auxquelles l'expose la mauvaise conformation de ses pieds : il n'est pas fait pour être marcheur, mais, s'il ne marche pas trop, il n'en souffrira pas.

Tout autre est la situation chez notre second malade, un jeune homme aussi (il a 20 ans), que je vous présente.

Chez lui, il ne s'agit plus seulement d'une conformation défectueuse, susceptible de s'aggraver temporairement et de provoquer des douleurs : le pied est définitivement déformé (Fig. 81), les lésions sont profondes, ostéo-articulaires; tout essai de redressement simple est d'avance condamné. C'est la *forme invétérée du pied plat valgus douloureux*.

Que ferait une semelle à dos d'âne, devant une pareille déformation? Que ferait l'immobilisation prolongée dans un appareil redresseur, combinée aux sections tendineuses, au massage, à l'électrisation du long péronier, que sais-je encore? à tous ces procédés, qui peuvent être efficaces contre les rétractions fibreuses ou les contractures musculaires, mais qui, de toute nécessité, échouent

evant un obstacle osseux? *C'est le squelette qui est déformé, c'est u squelette qu'il faut s'attaquer.*

Telle est l'idée qui a fait naitre les différentes interventions san-



Fig. 81. — Pied plat valgus douloureux invétéré (garçon de 20 ans).

lantes, réparatrices, appliquées à la cure des formes graves du pied plat valgus. Elles sont de deux ordres : les unes portent *sur le*



Fig. 82. — Le même, quatre mois après la tarsectomie cunéiforme interne.

pied, les autres s'adressent *à la jambe*; et nous allons voir que l'importance et l'efficacité des unes et des autres ne sauraient être comparées.

1. — On comprend tout de suite que, pour restaurer la cambrure

de la plante, on ait songé à exciser un coin du bord interne du pied. Stokes[1] a pris ce coin aux dépens de la tête et du col de l'astragale, toujours hypertrophié et subluxé ; Weinlechner et Vogt[2] ont même extirpé l'astragale tout entier, ce qui, en somme, à part les cas exceptionnels de luxation complète, paraît peu rationnel. Ogston[3] (d'Aberdeen), en 1884, a publié 17 observations heureuses d'enchevillement astragalo-scaphoïdien : telle a été l'origine de l'opération qui porte son nom, et qui a subi, entre ses mains et celles de ses imitateurs, des modifications importantes. On se demande, en effet, comment la simple ankylose astragalo-scaphoïdienne peut suffire à restaurer et à maintenir la concavité plantaire, dans ces cas de déformation extrême et invétérée que l'on rencontre souvent : les premiers faits d'Ogston se rapportaient, vraisemblablement, à des pieds plats valgus de forme récente et bénigne. Aussi lui-même a-t-il proposé, avant de faire l'enchevillement, d'exciser un coin osseux à la hauteur du scaphoïde. — Richard Davy[4], en 1889, préconisa l'ablation du scaphoïde seul : son exemple fut suivi par Golding Bird[5], qui, en 1889, publiait 4 opérations de ce genre : 2 fois, il avait extirpé le scaphoïde seul, 2 fois le scaphoïde et la tête de l'astragale : les quatre malades avaient cessé de souffrir ; chez l'un d'eux seulement, la courbure plantaire s'était reconstituée.

A M. Kirmisson[6] revient le mérite d'avoir fait, le premier en France, ce qu'on est convenu d'appeler l'opération d'Ogston : en 1890-91 il publiait ses deux premiers succès : il avait pratiqué sur l'un de ses malades l'extirpation du scaphoïde, chez l'autre l'excision d'un coin astragalien et l'enchevillement astragalo-scaphoïdien : le résultat morphologique et fonctionnel était superbe.

Depuis, en obéissant à la même idée, M. Schwartz[7] a traité 5 cas de pied plat valgus douloureux invétéré, chez des sujets de 19 à 25 ans, par la *tarsectomie cunéiforme interne* : il fait une excision

1. Stokes. *Trans. of the Acad. of Medic. in Ireland*, t. III, p. 141. 1885.
2. Vogt. *Mittheil. aus d. Chirurg. Klinik. Greifswald*. 1884.
3. Ogston *The Lancet*, 1884, p. 152.
4. R. Davy. *On excision of the scaphoïd bone for the relief of confirmed flat foot.* (*The Lancet*, 6 avril 1889.)
5. Golding Bird. *Operation of the tarsus in confirmed flat foot.* (*The Lancet*, 6 avril 1887.)
6. Kirmisson. *Revue d'orthopédie*, 1890, p. 49, et Académie de médecine, 20 janvier 1891.
7. Schwartz. Du traitement du pied plat valgus douloureux invétéré par la tarsectomie cunéiforme interne. (*Revue d'orthopédie*, 1893, n° 4.)

aussi large que possible; son incision, qui longe le bord interne du pied, mesure 4 à 5 centimètres, commence à 1 centimètre au-devant de la malléole interne, et finit à la hauteur du premier cunéiforme. Le coin osseux, taillé au ciseau, comprend le scaphoïde entier et une partie de la tête de l'astragale, sa pointe se prolonge jusqu'à 3 ou 4 centimètres dans l'épaisseur du tarse, et l'on s'efforce de le faire plus large en haut qu'en bas. La réunion des deux brèches osseuses, qui se rencontrent obliquement en dehors, est assurée par un gros fil d'argent, et non par l'implantation de chevilles d'ivoire, toujours difficiles à placer[1].

Et, de fait, Messieurs, les deux termes principaux de l'intervention réparatrice ne sont-ils pas les suivants : faire subir au squelette du bord interne du pied *une large perte de substance* pour le raccourcir et le cambrer d'autant; rapprocher et *maintenir en contact les deux parois de la brèche osseuse*, pour rendre permanente la correction obtenue? C'est là ce que nous avons essayé de réaliser, chez une malade de la salle Lisfranc, que vous avez pu suivre depuis plusieurs mois, et que je vous présente aujourd'hui guérie.

Il s'agit d'une domestique de 24 ans, un peu frêle, un peu anémique, qui a toujours eu les pieds plats, mais qui n'en souffrait que depuis un an environ, et les lésions avaient marché vite, car la déformation était déjà, comme vous allez le voir, très accusée. Le pied gauche a commencé le premier à devenir douloureux, puis le droit, et, au moment où elle entrait dans le service, le 9 février dernier, l'impotence était complète, et la marche, qui ne se faisait guère que par une série de petits sauts, était très pénible. C'était à la plante, au niveau du talon, et surtout en dedans, à la partie postérieure du bord interne du pied, à la hauteur et au-dessous de la malléole interne, que les souffrances étaient surtout accusées: elles s'exaspéraient à chaque foulée, et il en résultait ce type tout particulier de déambulation.

Les deux pieds étaient en valgus, absolument plats, et le bord

1. Voy. d'autres faits dans la thèse de M. Goupil. *De l'intervention sanglante dans le pied plat valgus douloureux avec déformation osseuse*, 1893, et une bonne bibliographie dans la thèse de M. Terrasse, *Les os du tarse et l'ankylose calcanéo-astragalo-scaphoïdienne dans le pied plat valgus douloureux*. Lyon, 1892.

interne, rectiligne, présentait, d'arrière en avant, une série grosses bosselures osseuses, la tête de l'astragale, la tubérosité scaphoïde, l'extrémité postérieure du premier cunéiforme, dont deux premières étaient les plus saillantes, les plus volumineuse les plus irrégulières. On n'arrivait pas à les faire jouer l'une l'autre, et toute tentative de redressement et de cambrure dem rait vaine. Le séjour au lit n'amena, du reste, aucune amélio tion; et, dès que la malade se retrouvait sur ses pieds, les doule et les difficultés de la marche se reproduisaient comme deva l'état du squelette suffisait à en rendre raison.

L'opération d'Ogston me parut tout indiquée, et je la pratiq devant vous, au pied droit, le 14 février. J'avais répété sur cadavre l'opération de Davy, l'extirpation du scaphoïde seul. j'avais pu me convaincre des deux points que voici : 1° *il est difficile d'enlever le scaphoïde seul, sans le morceler*; c'est surt en dehors et en bas que l'os tient, et la rugine, agissant à grande profondeur et par une voie étroite, n'arrive qu'avec pein détacher les épais ligaments qui l'enserrent; 2° *une fois le phoïde enlevé, on n'obtient qu'un contact très imparfait* entre premier cunéiforme et la tête de l'astragale. J'étais donc décid faire très large la résection osseuse, et surtout à la pousser loin dehors.

Une longue incision fut menée sur le bord interne du pied, e la rugine, je découvris le scaphoïde, la tête de l'astragale e premier cunéiforme; j'excisai, par fragments, tout le scaphoïde fis sauter, au ciseau, la moitié antérieure de la tête astragalie et la surface cartilagineuse postérieure des trois cunéiforn J'obtins de la sorte *un V, à pointe externe, qui mesurait l 3 centimètres et demi à sa base*. Un gros fil d'argent fut pa avec le perforateur-drille, dans l'astragale et dans le prem cunéiforme et rapprocha très exactement les deux plans de sect osseuse : il fut tordu en dedans, coupé court, et caché sous périoste. Un tamponnement iodoformé fut laissé dans la pl incomplètement réunie, et le pied immobilisé en bonne positi dans une gouttière plâtrée.

Les suites opératoires furent excellentes; au 40e jour, j'enle l'appareil et je fis le premier pansement : il ne restait qu'un ét et court trajet granuleux, au niveau de la mèche iodoformée; jours après, la cicatrisation était achevée, et le pied, qui a

repris une attitude meilleure et une certaine cambrure (Fig. 83), semblait déjà solide. Je fis lever l'opérée : elle marcha pendant une quinzaine de jours, s'appuyant peu encore sur son pied, mais



Fig. 83. — Pied plat valgus douloureux invétéré, après l'opération d'Ogston (femme de 24 ans).

n'en souffrant plus. L'autre, au contraire, le pied gauche, restait toujours déformé et douloureux (Fig. 84).

La même opération a été pratiquée, de ce côté, le 4 mai. Incision



Fig. 84. — Pied plat valgus douloureux invétéré (femme de 24 ans).

de 6 centimètres sur le bord interne du pied; extirpation du scaphoïde par morcellement, excision de la tête de l'astragale et de la lamelle postérieure des cunéiformes; au ciseau, *le sommet de la*

brèche cunéiforme est prolongé le plus loin possible en dehors; réunion, par un gros fil d'argent, de l'astragale et du premier cunéiforme. Cette fois, je rapprochai, par un surjet de catgut, le périoste et les tissus fibreux, et je fis une suture cutanée complète, sans drainage iodoformé. Immobilisation dans un plâtre.

Le 15 juin, l'appareil est levé pour la première fois : la réunion est parfaite; le pied, en bonne attitude, est encore un peu mobile, au niveau de la soudure cunéo-astragalienne, et, de nouveau, il est immobilisé dans une gouttière plâtrée jusqu'au 28 juin. Vous le voyez, aujourd'hui, bien cambré, bien solide : la malade se lève et



Fig. 85. — Même pied que Fig. 84, six mois après la tarsectomie cunéiforme interne.

s'exerce à la marche toute la journée, et je ne doute pas que ses progrès ne soient rapides (Fig. 85).

Nous avons fait, il y a quelques semaines, une autre *tarsectomie cunéiforme interne* pour un pied plat valgus invétéré; mais l'histoire est, ici, plus longue, plus complexe, plus instructive aussi, car nous nous étions adressés d'abord à l'*opération de Trendelenburg*, et c'est devant l'échec de cette première intervention que nous sommes revenus à la méthode d'élection, à celle que nous appliquerons encore tout à l'heure.

II. — Je vous disais, en effet, Messieurs, il y a un instant, que les opérations sanglantes, appliquées à la cure du pied plat valgus douloureux, portaient sur le pied ou sur la jambe : je voulais parler de l'*ostéotomie supra-malléolaire*, proposée par le profes-

seur Trendelenburg[1], de Bonn, en 1889, et maintes fois pratiquée en Allemagne et en Amérique.

M. Trendelenburg relate, dans son premier mémoire, qu'il a eu à traiter un certain nombre de fractures mal consolidées de la jambe, qui avaient été suivies d'une déformation analogue à celle du pied plat valgus : *l'axe de la jambe tombait en dedans du milieu de la plante*, elle-même renversée en dehors. L'ostéotomie tibio-péronière avait permis de remettre le pied dans son attitude normale et de faire cesser la distension ligamenteuse et les douleurs. Dans le pied plat valgus, ajoute l'auteur, la déviation de l'axe jambier ne joue-t-elle pas aussi le rôle principal, et, en ramenant la ligne d'appui à sa direction anatomique, n'aura-t-on pas un résultat identique? C'est, du moins, l'hypothèse, fort séduisante à première vue, qui a guidé le chirurgien de Bonn dans ses tentatives opératoires.

En 1889, il avait traité de la sorte quatre malades, il en donnait les observations, encore toutes récentes, et une série de moules, en somme très démonstratifs, figuraient l'état des pieds avant et après l'ostéotomie supra-malléolaire. — En 1892, il présentait au Congrès allemand de chirurgie un jeune homme, opéré depuis trois ans, et chez qui la guérison se maintenait complète : il n'y avait plus de douleurs, la plante restait cambrée et l'ancien malade travaillait comme maçon. A cette date, M. Trendelenburg avait appliqué sa méthode à 17 cas de pied plat valgus douloureux, 11 fois il avait opéré les deux pieds : c'était donc un total de 28 ostéotomies. Il avouait, d'ailleurs, que le succès n'est pas toujours complet, et que les formes invétérées du pied plat valgus sont souvent rebelles à l'intervention ; pourtant, le bénéfice d'une amélioration notable serait toujours assuré.

J'avais vu à Bonn, en 1890, à la Clinique de M. Trendelenburg, quelques-uns de ses opérés et de nombreux moulages, et tout ce qu'on m'avait dit et montré m'avait vivement intéressé ; je désirais expérimenter moi-même ce procédé, peu connu chez nous, et qui n'y avait pas été encore, que je sache, mis en pratique.

Du reste, les faits s'étaient multipliés à l'étranger. Un certain nombre d'entre eux, il faut bien le dire, n'étaient pas aussi con-

1. Trendelenburg. *Über Plattfussoperationen*, *Archiv.. f. klin. Chir.* Bd. XXXIX, 1889. p. 751.

vaincants que ceux de la Clinique de Bonn. M. Meyer, dans le *Medical Record* de mai 1890, en publiait deux cas heureux : la cambrure plantaire était rétablie, les douleurs avaient cessé; pourtant il déclare, dans ses conclusions, que, devant un cas très grave et une déformation invétérée, il croirait devoir combiner à l'opération de Trendelenburg la tarsectomie cunéiforme d'Ogston.

Landerer[1] (de Munich), en 1891, tout en attribuant au massage une importance considérable, préconise, pour les cas graves, l'intervention sanglante, et il met sur le même plan l'ostéotomie supra-malléolaire et le procédé d'Ogston, qui lui a valu, ajoute-t-il, un bon et durable résultat.

En 1892, A. Zeller[2] publie deux observations fort instructives : l'une d'elles est celle d'une jeune femme de 25 ans, atteinte d'un double pied plat valgus; ostéotomie supra-malléolaire bilatérale, suivie d'une restauration très satisfaisante de la concavité plantaire; mais, au bout de 20 mois, au pied gauche, la cambrure s'est affaissée, tout en restant intacte à l'autre pied. L'autre fait est celui d'un écolier de 15 ans : même déformation, aussi bilatérale, même intervention, même résultat primitif; 19 mois après, la plante est un peu affaissée, sans être plate. Du reste, chez les deux opérés, les douleurs n'ont pas reparu. Et l'auteur conclut en demandant de nouveaux exemples, pour fixer définitivement son jugement.

J'ai cru, de mon côté, bien faire en recourant à l'opération de Trendelenburg chez ce jeune garçon de 20 ans que vous voyez depuis plusieurs mois salle Michon. C'est, du reste, un habitué du service et je l'avais déjà vu, il y a trois ans, dans nos salles.

Monteur en bronze, il a commencé à souffrir des deux pieds, et spécialement du pied droit, à 14 ans et demi; son métier le tenait debout toute la journée, et, le soir, le gonflement du cou-de-pied et les douleurs s'aggravaient de plus en plus. En 1890, il entrait ici, dans le service de mon maître Le Fort, avec un pied plat valgus douloureux bien caractérisé, à droite; à gauche, douleurs et déformations étaient beaucoup moindres. On redressa le pied droit et on l'immobilisa dans un appareil plâtré; au bout de

1. Landerer. *Die Behandlung der Plattfuss.* (*Münchener medic. Woch.* 1891, n° 4.)
2. A. Zeller. *Zur Behandlung der Plattfuss.* (*Centralblatt für Chir.* 1892, p. 822.)

six mois, le jeune malade reprenait son travail, ne souffrait presque plus. Mais les mêmes accidents n'ont pas tardé à reparaître.

A l'entrée du malade, le 16 janvier 1894, le pied droit est fortement renversé en dehors, et la pointe de la malléole n'est distante du bord externe, relevé, que de 5 à 6 millimètres; sur le bord interne, rectiligne (Fig. 86), un relief très marqué se dessine à la hauteur du scaphoïde et de la tête de l'astragale. C'est sur ce bord, et, en particulier, au niveau de ce relief proéminent, que repose toute la pression : de là, des douleurs extrêmement vives, qui ont fini par rendre la marche presque impossible et la station debout elle-même très pénible.

A regarder le membre en arrière, on se rend très bien compte de la déviation en masse du pied en dehors : l'axe de la jambe tombe manifestement en dedans du pied.



Fig. 86. — Pied plat valgus douloureux invétéré (garçon de 19 ans).

Le 24 janvier, nous pratiquons l'opération de Trendelenburg de la façon suivante. Une incision longitudinale, de 5 centimètres environ, est conduite sur la face interne du tibia, au-dessus de la base de la malléole : le périoste est incisé à son tour, décollé, et l'os sectionné, au ciseau, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation. Même incision sur l'extrémité inférieure du péroné, qui est sectionnée au même niveau. Le pied est alors redressé, ramené en dedans, et immobilisé dans un appareil plâtré.

Les suites de la double ostéotomie supra-malléolaire furent très simples; au bout d'un mois et demi la consolidation était complète.

Mais quel a été le résultat de notre tentative?

Ces moules, qui représentent les étapes successives de ce pied plat valgus, vous en donneront une idée fort nette. L'ostéotomie nous avait permis de ramener le pied fortement en dedans, et la

courbure interne de la région supra-malléolaire de la jambe en témoigne suffisamment. En réalité, à la levée du premier appareil, l'attitude semblait excellente, la plante regardait en dedans, mais le bord interne, tout relevé qu'il était, était resté rectiligne. Dès que le malade recommença à marcher, la déviation première se reproduisit, et il est aisé de nous rendre compte que c'est en dessous de la jambe, *dans le tarse, plus exactement dans l'articulation calcanéo-astragalienne, que la déviation et le renversement en dehors se sont effectués de nouveau.*



Fig. 87. — Même pied que figure 86, quatre mois après l'opération de Trendelenburg : la région malléolaire est incurvée en dedans, mais la déviation du pied en valgus s'est reconstituée.

Sans vouloir, d'un fait isolé, déduire une appréciation définitive, je ne puis m'empêcher de dire que c'est là le défaut capital de l'opération. Dans les fractures de jambe mal consolidées, la déviation du pied est toute secondaire ; dans le pied plat valgus, c'est le pied lui-même, et le squelette du pied, qui est primitivement affecté ; on peut renverser en dedans la plante déformée, elle reste déformée, et si l'on restitue temporairement au bord externe son rôle d'appui, *la cambrure ne se reconstitue pas,* et le renversement en dehors doit fatalement reparaître.

Telles sont, du moins, les réflexions que nous avons faites, après expérience et, comme le conseillait Meyer, nous avons eu recours, en dernière analyse, à la tarsectomie cunéiforme interne. Nous l'avons pratiquée par un procédé identique à celui que nous avions utilisé chez notre première malade, mais nous avons constaté, au cours de l'opération, des lésions osseuses fort avancées : *la tête de l'astragale, subluxée en dedans, était divisée, par une sorte de rigole dépouillée de car-*

tilage, *en deux demi-facettes*, l'une encore en contact avec le scaphoïde, l'autre à découvert et complètement hors rang. On conçoit bien que de pareilles déformations ne cèdent qu'à une intervention directe et large. Comme dans notre premier cas, le coin excisé comprenait le scaphoïde, la tête astragalienne presque entière et la lamelle postérieure des cunéiformes et se prolongeait très loin en dehors par sa pointe. Réunion osseuse au fil d'argent, réunion complète de la peau. L'opéré est aujourd'hui en bonne voie



Fig. 88. — Même pied que figures 86 et 87, deux mois après l'opération d'Ogston.

de guérison; l'appareil a été levé ces jours derniers, et la plaie était réunie par première intention. L'immobilisation sera continuée quelques semaines encore, pour assurer la solidité de la voûte plantaire restaurée.

Ces deux observations, longuement étudiées, ont fait, en quelque sorte, notre éducation. en ce qui concerne le traitement du pied plat valgus invétéré; et, chez le troisième malade que nous avons à traiter aujourd'hui, notre ligne de conduite a été vite tracée. Lui aussi présente, sur le bord interne du pied, tous les signes de *déformations ostéo-articulaires très avancées*, la tête de l'astragale dessine une forte saillie, et il ne paraît pas douteux qu'elle ne soit subluxée et peut-être lui trouverons-nous cet aspect tout spécial que je vous rappelais tout à l'heure. Là encore, c'est donc au pied qu'il faut s'adresser, et c'est à la tarsectomie cunéiforme interne qu'une fois de plus nous aurons recours.

L'opération a été pratiquée séance tenante le 2 juin.

Une incision de 7 centimètres met à découvert le bord interne du pied, dans son tiers moyen. Le scaphoïde est extrait, après morcellement. Derrière lui, on trouve la tête astragalienne subluxée en dedans, et divisée par une dépression médiane, en deux facettes dont l'une correspond au scaphoïde, et l'autre, en dessous et en dedans, est complètement découverte. On excise un large coin aux dépens de cette tête, et l'on résèque une lamelle de la face postérieure des trois cunéiformes. On a ainsi une large brèche, cunéiforme, qui est prolongée aussi loin que possible en dehors; un gros fil d'argent en rapproche les deux parois, antérieure et postérieure. Immobilisation du pied en varus.

L'appareil est enlevé le 20 juillet. Réunion par première intention. Le bord interne du pied paraît bien solide, et, pourvu d'une botte silicatée, le petit malade commence à se lever. Il ne souffre plus, et ses progrès sont dès lors très rapides.

En octobre, il a repris son travail. Il marche d'une façon très régulière, sans aucune souffrance. L'attitude et la cambrure du pied se maintiennent excellentes (Voy. Fig. 82, p. 305).

TÊTE ET COU

I

LES TUMEURS MALIGNES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR
LA CHIRURGIE DU CANCER

Incertitudes et désillusions de la chirurgie du cancer : exemples. — Le sarcome du maxillaire supérieur : ocalisations initiales, modes d'envahissement. — L'opératiou de Gensoul, technique, dangers : asphyxie, hémorrhagie. — Bénignité relative. — Résultats thérapeutiques ; récidives — Un fait de récidive endo-crânienne rapide. — Récidive sur place d'un épithélioma du maxillaire. — Degré de malignité, variable et difficile à prévoir, des différentes tumeurs ; pseudo-guérisons. — Opérer tôt et largement, en attendant mieux.

Messieurs,

Je vais pratiquer devant vous une des plus graves opérations de la chirurgie, je la ferai aussi complète et aussi large que possible, et, quand j'aurai fini, quand l'hémostase sera faite, et la dernière suture appliquée, je m'en irai, soucieux, mécontent, inquiet ; je n'aurai pas cette satisfaction intime que nous donnent les interventions les plus laborieuses quand nous sommes certains de leur utilité vraie. Pourquoi ? Parce que j'ai affaire à un cancer, et à une de ses formes les plus terribles, à un *sarcome du maxillaire supérieur*.

Si vous suivez les étapes successives de la *chirurgie du cancer*, vous remarquerez vite, que, plus les opérations deviennent étendues et bénignes, plus la foi se perd en leur efficacité réelle, et le découragement semble grandir à mesure que les statistiques deviennent plus nombreuses et que diminue la mortalité opératoire immédiate. Aux premiers temps des grandes extirpations de

tumeurs, la prouesse opératoire semblait dissimuler en partie la pauvreté des résultats définitifs; c'était si beau déjà d'avoir enlevé tout entière une tumeur de la parotide, des maxillaires, de la langue, de l'aine ou de la fosse iliaque, que cela consolait presque, par avance, du dénouement ultérieur; et, de fait, avec les moyens dont la chirurgie disposait alors, cela témoignait d'une habileté et d'un sang-froid que nous ne saurions qu'admirer.

Depuis le chloroforme et la pince hémostatique, depuis qu'on ouvre journellement l'abdomen, la poitrine et le crâne, depuis que la mortalité opératoire s'est considérablement abaissée, on songe moins à l'opération elle-même qu'à ses *suites éloignées*, et l'immense faisceau de faits que l'on peut aujourd'hui réunir pour tous les cancers n'est pas de nature, en général, à entretenir beaucoup d'illusions. Je sais bien que les pourcentages s'améliorent à chaque nouvelle statistique; mais les chiffres sont toujours d'interprétation facile, et combien de malades, sur ce grand nombre, sont suivis longtemps? A voir ce qui se passe autour de nous, ce que disent nos anciens, ce que nous apprend notre propre expérience, si courte soit-elle, nous nous sentons entraînés vers ce pessimisme, qui, en matière de cancer, est aujourd'hui, il faut le dire, la doctrine commune de tous les médecins. Que de fois n'ai-je pas entendu dire à mon maître Verneuil, qui pourtant opérait volontiers et largement le cancer (et tous ceux qui l'ont vu enlever des épithéliomas de la langue ou des tumeurs de l'amygdale s'en souviendront) : « Je suis las d'abattre du cancer! » Et je pourrais vous en citer d'autres qui, sur la fin d'une longue et active carrière, en sont venus à ne plus rien entreprendre contre le cancer, à ne plus tenter que certaines opérations palliatives.

Dès les premières années de notre pratique, les faits se chargent de nous arracher nos illusions, et souvent même ces premiers échecs, qui nous sont fort sensibles, nous découragent trop. Vous en aurez vous-mêmes ou vous en verrez autour de vous, et vous en retirerez les mêmes impressions.

Combien pourrai-je vous rapporter déjà d'exemples de cette lutte acharnée et impuissante contre le cancer! je ne veux vous en citer qu'un seul. Un bel homme, grand et vigoureux, d'une quarantaine d'années, entrait ici, il y a 3 ans, avec un *sarcome ganglionnaire du cou*, un énorme sarcome, qui soulevait le sterno-mastoïdien gauche, refoulait à droite le larynx et la trachée, et comprimait

les gros vaisseaux; le malade souffrait beaucoup, il demandait avec instance qu'on l'opérât. Je cédai : j'enlevai toute cette masse, je dénudai la carotide et la jugulaire sur une longueur de près de 10 centimètres, je réséquai la couche profonde du sterno-mastoïdien, je fis une plaie considérable, mais au fond de laquelle je ne voyais plus aucune trace de néoplasme : je réunis, et la guérison eut lieu par première intention, sans le moindre incident. Le pauvre homme était enchanté, je ne pouvais m'empêcher de l'être un peu aussi. Quatre mois après, il me revenait : une récidive, aussi volumineuse que la première tumeur, s'était développée. J'aurais dû m'abstenir, peut-être, mais cet homme me suppliait, il avait à peine maigri, il avait conservé ses forces; une fois encore, j'intervins, une fois encore j'enlevai tout, tout ce que je voyais, du moins, en dénudant les vaisseaux; une fois encore la réunion se fit par première intention. — Hélas! le malade n'avait pas quitté le service, qu'il se plaignait de douleurs dans le ventre; quelques mois après, rentré chez lui, il succombait, probablement à un cancer viscéral métastatique.

Cette histoire est navrante, elle se répète souvent, et voilà pourquoi nous avons tous, d'instinct, une véritable répulsion pour la chirurgie du cancer. Pourtant je veux réagir contre cette tendance, que je partage, je viens de vous le confesser; je veux vous montrer, à l'occasion des différentes variétés de cancer qui se présentent à nous, que, si nous ne guérissons pas, notre intervention, quand elle est précoce et large, est pourtant bienfaisante, qu'elle assure des survies plus ou moins longues, et que certaines formes de néoplasmes nous en ménagent d'inespérées; en résumé, qu'en attendant mieux, nous ne devons pas désarmer.

Ces réflexions s'appliquent bien aux *tumeurs du maxillaire supérieur*, dont voici un exemple des mieux caractérisés.

Ce qui frappe tout d'abord, chez notre malade, un homme de 61 ans, grand et de robuste apparence, c'est l'asymétrie de la face, le *relief de la joue gauche*, soulevée par une tumeur ovoïde, allongée verticalement, arrondie de surface, qui ne déborde guère, en dedans, le sillon naso-génien, mais qui remonte jusqu'au bord de l'orbite, et refoule en haut la paupière inférieure (Fig. 89). La peau est d'aspect et de coloration ordinaires, elle est restée mobile : au-dessous d'elle, la masse néoplasique, dure, compacte, légèrement

bosselée, s'implante largement sur l'os et fait corps avec lui : elle remplit toute la fosse canine. *Par la bouche*, où l'on remarque d'abord l'absence de toutes les dents de l'arcade supérieure correspondante, l'on voit se dessiner, au fond du cul-de-sac gingival, l'extrémité inférieure de la tumeur, convexe, épaisse, et qui paraît blanchâtre, sous la muqueuse distendue. Quant à la voûte palatine, elle ne présente aucune trace de refoulement et conserve sa forme et sa consistance normales ; plus en arrière, derrière le voile, l'œil



Fig. 89. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

et le doigt ne découvrent pas non plus de prolongement. Depuis quelques jours seulement *la respiration ne se fait plus par la narine gauche*, et il est tout probable, bien que l'exploration extérieure ne permette pas de s'en rendre compte, que le néoplasme s'y est étendu et l'obture à sa partie profonde. L'*épiphora* témoigne, du reste, d'une extension dans ce sens ; il n'y a pas de troubles oculaires proprement dits, pas d'exophtalmie, pas de douleurs péri-orbitaires, il n'y a ni céphalée, ni aucun accident susceptible de faire craindre un prolongement intra-crânien.

Nous avons donc affaire à un *sarcome du maxillaire supérieur*, en pleine évolution, mais qui ne présente, ici, aucune de ces irradiations, qui condamnent, de prime abord, toute intervention. Ajoutons que la marche en a été, semble-t-il, des plus rapides : le malade, qui, depuis 15 ans, avait perdu toutes les dents de la mâchoire supérieure, a commencé à ressentir, il y a deux mois, de vives douleurs, des élancements presque continus, au niveau des gencives de l'arcade supérieure gauche; peu après, il constatait, avec sa langue, dans le cul-de-sac gingival, l'existence d'une tumeur qui le soulevait de plus en plus; la tumeur ne se montra qu'un peu plus tard, à la face, dans la fosse canine, et remonta rapidement vers l'œil.

C'est au niveau et aux dépens du bord alvéolaire du maxillaire que le sarcome s'est primitivement développé : et tel est, vous le savez, le point de départ le plus fréquent des tumeurs de ce genre. On les rencontre parfois à cette période initiale, encore circonscrites au *territoire alvéolaire*; elles se prêtent alors aux résections partielles.

Chez notre malade, il ne saurait y avoir la moindre hésitation : il *faut faire la résection totale du maxillaire supérieur*, l'opération de Gensoul.

Je ne veux insister ni sur l'histoire de la méthode, ni sur les détails de technique. Cette fois encore, nous suivrons, pour découvrir le maxillaire, le tracé d'incision indiqué par Nélaton, et notre bistouri suivra successivement le rebord inférieur de l'orbite, le sillon naso-génien, le pli sous-nasal, et la ligne médiane de la lèvre supérieure, circonscrivant de la sorte un lambeau, qui, rapidement disséqué et rabattu en dehors, mettra l'os largement à nu. *Nous ne fendrons la lèvre que le plus tard possible*, immédiatement avant la section palatine, suivant en cela le précepte depuis longtemps formulé par Verneuil[1].

Les deux grands accidents opératoires, au cours de la résection du maxillaire supérieur, sont, en effet, l'*hémorrhagie* et l'*asphyxie*, et tous deux se tiennent de près, l'asphyxie résultant de l'envahissemesnt des voies aériennes par le sang qui remplit la bouche, le nez et le pharynx. C'est pour cela qu'on a fait souvent, de la liga-

1. Verneuil, *Arch. gén. de méd.*, octobre 1870.

ture de la carotide externe, le temps préliminaire de l'opération; et Lizars, d'Édimbourg, semble avoir été le premier à en donner le conseil; malheureusement, la première résection du maxillaire supérieur, qu'il pratiqua en décembre 1827, après ligature préalable de la carotide externe, se montra, en somme, peu démonstrative : l'hémorrhagie fut si abondante, qu'on dut s'arrêter.

Ce qui importe surtout, *c'est d'aller vite*, et tel est encore le meilleur moyen de prévenir tout accident; le dernier temps surtout, l'extraction proprement dite, doit être aussi rapide que possible, car le danger commence avec l'incision de la muqueuse et l'accès qu'elle ouvre au sang. La friabilité toute spéciale de ces maxillaires, à demi détruits par le sarcome, crée souvent des difficultés inattendues, et le gros davier rend ici beaucoup moins de services que sur le cadavre ou sur un os sain, au cours d'une résection préliminaire : c'est aux doigts le plus souvent à achever la besogne. On tamponne immédiatement, avec des éponges montées, la vaste cavité saignante : et, au bout de quelques instants, le suintement est suffisamment arrêté pour permettre de compléter l'extirpation de la masse néoplasique, en excisant les débris qui restent, en régularisant de tous côtés le foyer de résection.

Le pronostic opératoire est, en général, bénin, depuis qu'on sait se mettre en garde contre la pneumonie septique, et l'on est étonné parfois de voir guérir, si aisément et si vite, ces énormes délabrements de la face. Gensoul n'avait-il pas pratiqué, dès 1833, huit fois la résection du maxillaire supérieur sans une seule mort? Un exemple récent, dont nous reparlerons tout à l'heure, vous a montré combien sont simples parfois les guérisons opératoires.

Il en va tout autrement du pronostic ultérieur, *des résultats thérapeutiques*. La récidive reste toujours menaçante, en pareil cas, menace souvent prochaine, et qui se réalise presque constamment. Elle se produit *in situ*, dans l'ancien foyer ou à ses confins, ou bien elle se montre *à distance*, dans le crâne, dans les ganglions, dans les viscères. Elle affecte parfois *des allures brusqes et inattendues*, qui épouvantent. Vous en avez été témoins chez cet autre malade, que je vous citais il y a un instant.

C'était un homme de 51 ans, employé de ministère, très intelligent, très sympathique, et auquel j'avais réduit, ici même,

en 1891, une luxation de l'épaule gauche. Je l'avais revu plusieurs fois depuis, il était très vigoureux, très bien portant. Le 15 novembre dernier, il nous revient dans l'état que vous voyez (Fig. 90). Une grosse tumeur occupe la joue gauche, se prolonge, en dedans, jusqu'à l'angle interne de l'œil et empiète sur le dos du nez; s'étend, en dehors, jusqu'à l'origine de l'arcade zygomatique et recouvre tout le malaire. On la sent et on la voit, par la bouche,



Fig. 90. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

dans le sillon gingivo-labial; elle enveloppe toute la tubérosité du maxillaire, qu'elle ne semble pas pourtant déborder en arrière. La voûte palatine est intacte; le nez est légèrement dévié à droite, et la narine gauche, par laquelle s'écoule du pus mêlé de sang, complètement bouchée. Les larmes coulent à profusion sur la joue, les paupières de l'œil gauche sont à demi fermées, et la conjonctive, dans sa moitié inférieure, est le siège d'un épais chémosis. Pourtant l'œil n'est pas saillant, il n'est pas douloureux, et l'acuité visuelle est demeurée normale : l'œdème conjonctival et le soulèvement de la paupière inférieure paraissent tenir plutôt à la com-

pression exercée par la masse néopasique qu'à l'existence d'un prolongement intra-orbitaire.

Tout cela date de peu de temps, de trois mois à peine ; vers le 10 août 1893, le malade avait remarqué la présence d'une petite grosseur, à la joue gauche, qui, très rapidement, s'était développée au milieu de violentes douleurs névralgiques. Peu après, une collection purulente se serait fait jour dans la bouche, puis les dents de l'arcade supérieure correspondante furent arrachées, et, six jours après, une abondante hémorrhagie se produisait par les alvéoles. Depuis, du sang et du pus s'écoulent souvent, en petite quantité, par la bouche ou par le nez. Il n'y a jamais eu de céphalée, jamais de perte de connaissance, jamais d'accidents cérébraux.

Je tiens à ajouter que, depuis 1885, notre malade était sujet à des crises fréquentes de *névralgie sous-orbitaire*, à la joue gauche, accident qu'on relève souvent, et qui, *avec la chute des dents*, le *coryza chronique, certains troubles de l'ouïe*, devient un signe avant-coureur lointain. Quelques ganglions un peu gros occupaient la région sous-maxillaire gauche.

Nous étions donc en présence d'un sarcome du maxillaire supérieur, de volume considérable et d'extension rapide, mais qui restait encore opérable. Il n'y avait aucun indice d'un prolongement intra-crânien ou orbitaire, et, bien que le malaire fût envahi, le néoplasme se prêtait encore, suivant toute apparence, à une extirpation totale.

Le 10 novembre, je pratiquais devant vous la *résection du maxillaire supérieur*; l'os, envahi dans sa presque totalité par une masse sarcomateuse molle, se laissa pourtant extraire en bloc, et la cavité restante fut soigneusement curettée, tous les débris suspects excisés en haut, en dedans, en arrière : il semblait bien que, de tous côtés, on fût arrivé en tissu sain. Tamponnement iodoformé, et réunion de la peau, par-dessus.

Les suites de l'intervention furent des plus simples : le 25 novembre, le tamponnement était retiré, la réunion cutanée était assurée, et l'on commençait les grandes irrigations, répétées trois fois par jour, de la cavité commune naso-buccale. Dans les premiers jours de décembre, la guérison semblait parfaite, le malade avait repris de l'appétit, il ne souffrait plus, il se croyait sauvé.

La trêve devait être de courte durée, et le dénouement d'une

brusquerie étrange. Le 10 janvier, notre opéré accuse de vives douleurs dans la région péri-orbitaire droite et dans tout le territoire de la mâchoire supérieure de ce côté; il a de la fièvre, il tousse, les deux conjonctives s'injectent. Le 16, on remarque une notable exophtalmie de l'œil droit, et un chémosis très marqué; le 17, ces phénomènes s'aggravent, la température est à 39°,5, le pouls fréquent et très petit, la respiration très fréquente, des râles de congestion pulmonaire encombrent les deux côtés de la poitrine; le coma survient progressivement et, le lendemain, se termine par la mort.

A l'autopsie, nous trouvons, au niveau et au-dessus de l'ethmoïde, une masse sarcomateuse qui fait corps avec la dure-mère, refoule les lobes correspondants du cerveau, et leur adhère; des plaques et des traînées jaunâtres de méningite suppurée sillonnent la face convexe de l'hémisphère, dans toute leur moitié antérieure: il n'y a que de l'œdème diffus dans l'orbite droite, il n'y a rien dans l'orbite gauche, ni sur les parois du foyer opératoire primitif. Les deux poumons sont le siège d'une congestion généralisée.

Ici donc, la récidive n'a pas tardé, et, par sa localisation, elle a revêtu d'emblée des caractères d'une gravité extrême.

Ailleurs, la repullulation *se fait sur place*, et soulève la cicatrice. En voici un exemple. Il s'agissait toujours d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur, non plus d'un sarcome, mais d'un *épithélioma cylindrique*, comme l'examen histologique l'a ultérieurement démontré, et la photographie suffira à vous convaincre que l'aspect extérieur n'en était pas moins très analogue (Fig. 91). La tumeur avait succédé très nettement à un coup porté sur le côté droit du nez et sur la face : trois mois après, au même niveau, le malade, un boulanger de 36 ans, grand et robuste, voyait apparaître une petite masse qui, peu à peu, augmentait de volume, et s'étendait le long du sillon naso-génien et jusque sur le dos du nez. Elle était indolente, et tous les accidents s'étaient bornés jusqu'alors à deux ou trois épistaxis; la respiration n'était nullement gênée et la narine correspondante restait libre.

En avril 1893, un médecin pratiqua l'ablation du néoplasme, qui était à peu près de la grosseur d'une noix; la cicatrisation eut lieu sans incident, mais, à peine deux mois s'étaient-ils passés, que la petite masse se montrait de nouveau, au-dessus de la cicatrice, et

recommençait à grossir. Cette fois, l'extension marcha plus vite : le côté droit du nez fut bientôt obstrué, des épistaxies répétées survinrent. Aujourd'hui, la tumeur, bridée et divisée en deux lobes par la cicatrice, occupe la partie supéro-interne du maxillaire, recouvre la branche montante, se prolonge avec elle jusqu'à l'angle



Fig. 91. — Tumeur du maxillaire supérieur droit (Épithélioma).

interne de l'œil, et empiète largement sur le nez, dont le lobule est dévié du côté opposé. La masse est fluctuante à sa partie inféro-externe; et, au même point, la peau, très amincie, très adhérente, est sillonnée d'un épais lacis veineux et de coloration rouge violacé; dans le reste de son étendue, le néoplasme est résistant, compact, sans être dur; il semble bien qu'on puisse le mobiliser un peu sur le maxillaire, mais il fait corps avec la charpente osseuse du nez et se continue profondément dans la fosse nasale droite. La voûte palatine est intacte : il n'y a rien dans le pharynx, rien dans l'orbite, aucun accident cérébral; l'arcade dentaire supérieure, la région alvéolaire du maxillaire sont absolument normales.

Une *résection partielle* était donc tout indiquée. Une incision

fut menée longitudinalement sur le dos du nez, et une autre, transversalement, sur la joue, dessinant un lambeau angulaire qui, rétracté, permit d'aborder la tumeur : un gros kyste, rempli d'un liquide séro-sanguin, en occupait la moitié inférieure ; on l'évacua, et l'on se mit en devoir d'isoler la masse et de la décoller peu à peu de ses attaches profondes : avec elle, il fallut enlever la branche montante tout entière, l'os propre, la moitié supéro-interne du maxillaire, les cornets inférieur et moyen : le sinus maxillaire et l'orbite étaient largement ouverts. On régularisa avec soin cette vaste cavité, qui fut tamponnée à la gaze iodoformée. La guérison eut lieu, sans le moindre incident et de la façon la plus simple ; au bout de vingt jours, la réunion était complète, et l'opéré retournait dans son pays. La tumeur, *un épithélioma cylindrique cilié*, procédait évidemment du sinus ou des fosses nasales, et avait secondairement envahi le maxillaire et les os voisins.

Ces deux formes, l'*épithélioma* et le *sarcome*, sont, du reste, de beaucoup les plus malignes, parmi les tumeurs des maxillaires. En clinique, et même à l'examen macroscopique, il est souvent malaisé de les distinguer des autres types, de malignité moindre et de pronostic meilleur : *cela entre pour une part, sans doute, dans l'explication des très longues survies et des prétendues guérisons.* Je me souviens d'avoir vu, à l'hôpital Cochin, un homme d'une cinquantaine d'années, auquel Maisonneuve avait réséqué le maxillaire supérieur gauche, pour un sarcome, près de vingt ans auparavant : aucune trace de récidive n'avait paru. Sous la réserve d'être précoce et large, sous la réserve d'enlever tout le néoplasme et au delà, on ne saurait nier que l'extirpation n'assure, dans un certain nombre de cas, des survies longues ; quant à des pourcentages précis, il est bien difficile d'en fournir.

Et puis, ne savons-nous pas ce que deviennent ces tumeurs malignes, livrées à elles-mêmes, et la mort terrible qui en est l'aboutissant fatal ! La photographie que voici (Fig. 92) vous donnera une idée de l'aspect monstrueux que revêtent à une période avancée ces gros sarcomes du maxillaire supérieur. Les souffrances de ce malheureux, que vous voyez ici, étaient inouïes, et il me suppliait de l'opérer, de le délivrer de son martyre, de tenter quelque chose, fût-ce au prix de sa vie. « Si je meurs, tant mieux, me

répétait-il : opérez-moi. » Je n'ai pas besoin de dire que je n'en rien, et que je restai dans cette impuissance, qui est une des pl cruelles situations pour un chirurgien.

A ne rien faire, quand il en est temps encore, nous ne somm que trop instruits de l'avenir; à opérer *tôt et largement*, nous assu



Fig. 92. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

rons à notre malade le bénéfice *d'une trêve plus ou moins longue, suivant le degré de malignité du néoplasme*, le plus souvent difficile à apprécier d'avance, et la trêve, dans quelques cas, peut *ressembler à une guérison*. C'est peu : nous ne pouvons rien de plus. L'heure viendra peut-être où toute la chirurgie du cancer, telle que nous la faisons aujourd'hui, sera devenue un anachronisme; où le cancer, comme la tuberculose, céderont à une autre thérapeutique, plus efficace et non sanglante. Avec quel empressement nous renoncerons alors à ces interventions complexes, qui coûtent tant d'efforts et amènent tant de déboires! Jusque-là — et l'attente sera longue, sans doute — notre devoir est tout tracé, et, si pénible qu'il soit, nous l'accomplirons tout entier.

II

LES ACCIDENTS INFECTIEUX D'ORIGINE DENTAIRE

Formes bénignes : abcès alvéolaire, périostite et adéno-phlegmon. — Localisations particulières. — Les adénites chroniques d'origine dentaire. — Formes graves : nécroses étendues du maxillaire; exemples. — Formes terribles : la prétendue angine de Ludwig; le phlegmon infectieux sus-hyoïdien ; la septicémie d'origine dentaire ; exemples.

MESSIEURS,

Je veux vous entretenir d'une question de clinique journalière, que vous rencontrerez, à tout instant, dans votre pratique : *des accidents infectieux d'origine dentaire.*

Les variétés en sont nombreuses, et nombreux aussi les degrés de gravité ; après les *formes communes et légères*, je vous donnerai des exemples d'autres *accidents graves*, inattendus, terribles.

Chez le malade que nous allons opérer aujourd'hui, les lésions sont, en somme, restreintes et banales : il s'agit d'une nécrose, qui, sur la branche droite du maxillaire inférieur, occupe un segment de 3 à 4 centimètres. L'histoire est celle qui se répète dans toutes les observations de ce genre : carie et destruction progressive de toutes les molaires, de ce côté, et de la canine; il y a trois ans, périostite qui s'ouvre à la hauteur de l'alvéole de la canine, et reste fistuleuse ; depuis lors, avec des alternatives de mieux et des poussées aiguës, la suppuration n'a pas cessé. Aujourd'hui, une grosse tumeur rouge, empâtée, demi-fluctuante, remplit la gouttière génio-dentaire; sur l'arcade, ou ce qui en reste, une ulcération allongée, fongueuse, grisâtre, commence à l'incisive latérale et se prolonge de 1 centimètre et demi à 2 centimètres en arrière; elle conduit le stylet à travers un tissu de bourgeons saignants, sur une surface osseuse dénudée, dure, sonore, qui ne semble pas mobile, et dont il est assez malaisé de déterminer, en arrière, les limites exactes.

Que de fois n'observons-nous pas des accidents de ce genre! Mais je veux vous en rappeler une à une toutes les étapes, aucune n'est à négliger. J'en parle en chirurgien, bien entendu, mais ce que je vais dire n'est que le résultat commun de nos observations de chaque jour.

La *variété initiale*, toute localisée, essentiellement bénigne, c'est l'*abcès alvéolaire*, la périostite circonscrite, ou à peu près, à l'alvéole de la dent malade. Vous connaissez bien ce petit abcès arrondi, rouge, qui soulève la gencive, et dessine son relief, le plus souvent, sur la face externe de l'alvéole dentaire. Livré à lui-même, il s'ouvre autour du collet de la dent, le pus vient sourdre à l'orifice de l'alvéole, ou bien encore, par le fond de la couronne cariée et largement ouverte : la muqueuse gonflée s'affaisse et se recolle. Ailleurs, c'est sur la muqueuse elle-même que la petite collection se fait jour; elle laisse souvent alors, au moins pour un temps, une fistulette.

Tout cela n'est rien, en apparence, qu'une petite misère, à laquelle échappent bien peu d'entre nous; si l'accident se reproduit sur plusieurs dents, s'il se répète, il ne laisse pas que de mériter votre attention; et, chez les personnes qui perpétuellement font ainsi du pus dans leur bouche, la santé générale ne tarde pas à s'en ressentir. Vous trouverez là maintes fois l'explication d'un état de pâleur, de fatigue, d'amaigrissement, qui inquiète. Je voyais récemment une jeune dame, qui, pourvue d'une dentition déplorable, avait eu toute une série de ces petits abcès alvéolaires, et, à la suite, un abcès amygdalien : elle était si pâle, si maigre, les traits si tirés, l'aspect si malingre, qu'à première vue, l'idée de tuberculose me vint à l'esprit. Des soins convenables de la bouche et de la gorge eurent vite raison de cette esquisse de « cachexie dentaire », et, au bout d'une quinzaine de jours, les couleurs, l'appétit et l'entrain étaient revenus.

A un degré un peu plus avancé, nous trouvons les deux types classiques de l'accident phlegmoneux d'origine dentaire : la *périostite*, l'*adéno-phlegmon*. Diagnostic difficile, dit-on en général : et bien réellement il l'est, dans certaines conditions, et je pourrais vous citer tels ou tels exemples, dans lesquels l'erreur fut nuisible à d'autres encore qu'au malade.

Pourtant les signes différentiels ne vous manqueront pas, la plu-

part du temps, si vous les recherchez bien. J'ai entendu dire bien des fois à mon maître Verneuil : « Regardez votre malade en face, et voyez à quel niveau correspond le relief maximum du gonflement; est-il à la hauteur de la branche du maxillaire, vous aurez chance d'avoir affaire à une périostite; est-il au-dessous, ce sera souvent un adéno-phlegmon ». Il convient d'ajouter que, si le gonflement, l'œdème, la « fluxion », sont énormes, le diagnostic « morphologique » ne sera plus de mise. L'exploration indispensable, en pareille occurence, c'est celle de la *gouttière gingivo-génienne*; c'est là, qu'en écartant la joue en dehors, vous découvrirez le bourrelet allongé, rouge, qui soulève le fond du cul-de-sac, et que vous sentirez, au doigt, cette saillie molle et fluctuante, au niveau de laquelle la pression sera, sur le maxillaire, extrêmement douloureuse. Un empâtement épais, dur, remplissant la loge sous-maxillaire et bientôt la débordant, de la rougeur de la peau, de l'œdème, une fluctuation qui se fait longtemps attendre, tels seront les caractères habituels de l'adéno-phlegmon.

Je n'insiste pas, je veux seulement vous signaler *quelques localisations particulières* de l'inflammation périostique ou ganglionnaire.

Un homme se présente dans le service, il y a quelques semaines, avec un œdème considérable de la moitié gauche de la face : l'œil est à demi fermé, la peau est d'un rouge luisant. On dirait un érysipèle. Non; relevez la lèvre supérieure, gonflée et rigide, et, sous sa moitié gauche, à la hauteur de la canine et de la première petite molaire, vous trouvez ce bourrelet saillant, ovoïde, rouge, dont nous parlions il y a un instant : c'est *une périostite du maxillaire supérieur, au niveau de la dent œillère*; et cet aspect alarmant lui est habituel.

Un autre siège, assez particulier, de la périostite, c'est *la branche montante et l'angle du maxillaire*, et cette variété, qui se voit souvent au cours de l'évolution morbide de la dent de sagesse, peut simuler complètement l'*adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire* de Chassaignac. Je vous en citerai tout à l'heure un exemple.

Cet adéno-phlegmon sous-angulaire se développe dans le groupe ganglionnaire qui entoure la carotide externe; d'ordinaire, il s'applique intimement à l'angle du maxillaire, qu'il encadre d'un épais croissant. Il serait loisible, du reste, de décrire d'autres foyers d'adéno-phlegmon, circonscrits et régionaux, d'origine dentaire;

je vous signalerai l'*adéno-phlegmon sous-mentonnier*, relativement exceptionnel.

Vous savez comment on ouvre ces *abcès ganglionnaires*, vous savez qu'une fois la peau et les couches superficielles incisées, la sonde cannelée est l'instrument nécessaire du débridement profond. Il vous arrivera parfois de ne pas rencontrer de pus, et dans des cas où, en réalité, il n'y en aura pas. Une jeune femme de 30 ans nous arrivait récemment, salle Lisfranc, avec une énorme tumeur de la région sous-maxillaire droite : le gonflement se prolongeait, en haut, jusqu'à deux doigts au-dessus du maxillaire, en bas jusqu'à la hauteur du cartilage thyroïde, en arrière jusqu'au sterno-mastoïdien, en avant jusqu'à la ligne médiane ; toute la région était prise en masse, empâtée, rénitente, sans trace de fluctuation. Au bout de quelques jours, la peau était devenue un peu rouge et œdématiée, et l'on sentait une vague fluctuation profonde ; une incision fut pratiquée, suivie d'un débridement aussi complet et aussi étendu que possible : *il ne sortit que du sang et de la sérosité, aucune goutte de pus*. Les jours suivants, il n'en sortit pas davantage par la plaie, et pourtant le gonflement tombait peu à peu, et la guérison s'acheva sans incident.

Plusieurs fois j'ai rencontré de ces *adénites œdémateuses*, et, je puis le dire, j'ai fouillé toute la région sans trouver de pus ; j'ajoute que, lorsque la tumeur est volumineuse et les accidents généraux assez marqués, cette absence de pus est de nature à provoquer quelques inquiétudes ; je vous en dirai bientôt la raison.

Il faut savoir encore que ces *adénites dentaires sont susceptibles de passer à l'état chronique*, ou d'apparaître d'emblée et peu à peu sous cette forme, et vous verrez, sur certains malades, une série, une chaîne de ganglions engorgés, commençant à la région sous-maxillaire, et descendant plus ou moins bas, sous le sterno-mastoïdien, et dont l'origine première, le point de départ est à la mâchoire, dans une carie dentaire. J'ai vu de ces chapelets adénitiques qui simulaient à s'y méprendre la tuberculose ganglionnaire.

Venons-en aux *formes plus graves*, dont l'atteinte est plus profonde, et qui laissent à leur suite des lésions étendues du maxillaire ou des régions voisines. Les nécroses qui succèdent à la

périostite sont de variétés différentes ; assez souvent parcellaires et superficielles, elles peuvent acquérir des dimensions considérables, et récemment vous en avez vu un très frappant exemple.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, pâle, amaigri, la face terreuse, qui nous entrait, en août dernier, avec une grosse masse phlegmoneuse, encadrant la moitié droite du maxillaire inférieur et la branche montante. Un abcès s'était ouvert à la région sous-maxillaire et un double trajet fistuleux conduisait dans une vaste cavité de paroi épaisse et fongueuse. Le maxillaire était à nu sur une grande longueur : toutes les molaires de ce côté étaient cariées, et avaient été le point de départ de cette suppuration interminable. L'état général était inquiétant ; une fièvre continue, des frissons, des troubles digestifs graves dénonçaient l'urgence d'une intervention. Une longue incision en arcade, et sous-rétro-maxillaire, mit à découvert la cavité phlegmoneuse et, baignant dans le pus, le maxillaire : *toute la branche montante et une grande partie de la moitié droite de l'os* étaient nécrosées et formaient un séquestre énorme, à demi détaché, qui fut enlevé en masse. — Un curettage soigné et le tamponnement à la gaze iodoformée du foyer terminèrent l'opération. La guérison a eu lieu très rapidement, et la déformation est aujourd'hui beaucoup moindre qu'on ne l'aurait supposé.

L'adéno-phlegmon, de son côté, devient parfois l'origine d'un véritable phlegmon par diffusion, et laisse des décollements étendus et des fistules intarissables. Du reste, il peut, d'emblée, dépasser la région sous-hyoïdienne, envahir les espaces sous-sterno-mastoïdiens, et donner lieu à ce phlegmon en masse de toute la région latérale du cou, que Dupuytren avait décrit sous le nom de *phlegmon large*.

J'arrive aux *formes de gravité extrême*. Ce sont d'abord ces périostites avec larges nécroses, qui entretiennent indéfiniment la suppuration intra-buccale, et qui, compliquées d'ordinaire d'un trismus permanent, réunissent toutes les conditions d'une *auto-infection continue*. On voit alors se dérouler tous les accidents et ce que le professeur Richet avait décrit sous le nom d'intoxication putride. Aussi, en pareille circonstance, la première indication doit-elle être d'ouvrir, à tout prix, la bouche, pour en permettre la désinfection régulière, et ensuite l'ablation des séquestres.

Mais voici des accidents *plus terribles encore*, et d'autant plus effrayants, qu'ils se montrent d'abord sous des apparences peu bruyantes, presque bénignes. En voici un premier exemple, que j'ai publié en 1887, et qui m'a laissé un souvenir frappant.

Une jeune fille entre à l'hôpital Necker en 1888, dans le service de mon maître Le Fort, que suppléait alors M. Paul Segond, avec un énorme phlegmon gangréneux de la région sous-hyoïdienne droite. Quelques jours avant, l'extraction d'une grosse molaire avait été pratiquée, de ce côté : les accidents dataient de là. L'incision conduisit dans un tissu noirâtre, infiltré, où l'on ne trouva aucune trace de pus : le maxillaire était à nu au fond du foyer. Rapidement le gonflement œdémateux gagna les régions voisines : une hémorrhagie abondante se produisit soudain : c'était l'artère faciale dénudée qui s'était ulcérée et qu'on put lier à temps. Deux jours plus tard, nouvelle hémorrhagie; enfin, la malade succombait au milieu des phénomènes d'une septicémie suraiguë. A l'autopsie, tous les viscères étaient congestionnés; la rate, friable et ramollie, était presque triplée de volume[1].

Voilà, Messieurs, ce que l'on a décrit sous le nom d'angine de Ludwig, dénomination obscure et vague s'il en fut, car elle s'applique également à des affections très diverses et très mal définies du cou, de la région sous-maxillaire, du plancher de la bouche et du pharynx. Mais, quelle que soit la désignation que vous acceptiez, angine de Ludwig, phlegmon diffus sous-hyoïdien, septicémie suraiguë d'origine dentaire, œdème malin des régions sous-maxillaires et du plancher de la bouche, le type clinique, lui, ne varie pas, et vous le retrouverez toujours sous les mêmes traits, avec les mêmes allures.

Hier encore, j'étais témoin d'un drame de ce genre. Je suis appelé auprès d'un beau jeune homme d'une trentaine d'années, fort, vigoureux, de santé excellente : deux jours auparavant, il avait souffert d'une dent cariée qu'il portait à la mâchoire inférieure, la seconde petite molaire droite, et une petite grosseur s'était montrée à la région sous-maxillaire; en même temps, se produisait un abattement étrange, qui l'obligeait à s'aliter. La tuméfaction sous-maxillaire s'était étendue et occupait toute la région; elle était

1. *Phlegmon infectieux sous-hyoïdien. — Contrib. à l'étude des septicémies d'origine buccale. — Gaz. hebd.*, 13 juillet 1888.

pâteuse, rougeâtre à la surface, douloureuse; on crut sentir un point fluctuant et l'on pratiqua une petite incision, qui ne ramena qu'une sérosité louche.

Dans la journée, le gonflement augmenta encore, la température était à 39°,5; le pouls très fréquent, des sueurs, un état d'affaissement intellectuel très marqué, complétaient la situation. Il n'y avait pas de dyspnée, pas de gêne de la déglutition, et le plancher de la bouche était à peine soulevé; mais, au-dessous de la mâchoire, cette sorte d'œdème dur s'était diffusé des deux côtés et formait comme un collier épais.

Que faire? Je pratiquai, au thermo-cautère, des incisions profondes, qui pénétraient jusqu'au delà de la glande sous-maxillaire, et une série de pointes de feu : il s'écoula une assez grande quantité de *sérosité roussâtre*, pas de pus. Une légère amélioration, un léger abaissement thermique suivirent cette intervention, faite avec toute l'énergie d'une tentative suprême. Elle ne fit que retarder de quarante-huit heures l'échéance fatale.

Vous trouverez un certain nombre de faits du même genre : infections soudaines, généralisées, mortelles, n'ayant pour point de départ qu'une dent cariée, un accident banal que l'on néglige trop souvent.

Quelle meilleure preuve de la septicité du milieu buccal? Ne savons-nous pas, du reste, qu'on a trouvé et décrit, dans la salive, jusqu'à 13 espèces différentes de microbes. Sans doute aussi leur virulence varie beaucoup : elle est telle, à certains moments, sous certaines influences bien difficiles à prévoir, qu'elle provoque ces complications soudainement fatales, et qui, sous cette forme, il faut bien le dire, sont au-dessus de nos efforts.

Cela ne suffit-il pas à vous convaincre, Messieurs, de la nécessité d'apporter tous nos soins au traitement de ces accidents infectieux d'origine dentaire; et de tous ces accidents, aucun, même parmi les plus vulgaires, n'est indigne de l'attention d'un praticien consciencieux.

III

L'ENTORSE CERVICALE

Traumatisme de la colonne cervicale, diagnostic différentiel. — Il faut explorer la nuque, le pharynx, les mouvements. — Fractures cervicales sans phénomènes médullaires ; exemples. — Luxations cervicales, sans déformation nette. — L'entorse vertébrale ; trois ordres de symptômes : douleurs d'interligne. — Attitude spéciale de la tête par contracture des muscles de la nuque. — Accidents médullaires larvés. — Pronostic et traitement.

Messieurs,

Voici un malade que je désire examiner devant vous, et chez lequel le diagnostic prête à une discussion approfondie.

Il est tombé sur la tête, le 30 avril dernier (il y a presque un mois), d'une hauteur d'environ 2 mètres ; il est resté sans connaissance pendant une heure, mais il n'a éprouvé, en somme, aucun accident grave, ni parésie des membres, ni rétention d'urine, ni aucun signe de traumatisme médullaire. Depuis lors il a conservé *une douleur très vive à la nuque, et l'impossibilité presque complète de mouvoir la tête*. Regardez-le : la tête est droite, immobile, fixe, à peu près comme au premier stade du mal sous-occipital, et il est aisé de constater, pendant cet examen, des contractions intermittentes, des sortes de tressautements, des muscles cervicaux postérieurs.

En pareil cas, l'exploration doit porter successivement sur *la nuque, le pharynx* et *les mouvements*, puisque, la douleur et ses localisations mises à part, il n'y a pas de phénomènes fonctionnels, ni de réactions nerveuses.

A la nuque, droite et rigide, et où se détache en relief la double masse des complexus, il n'y a ni gonflement ni ecchymose, ni dépression, ni saillie anormale. Suivons de bas en haut la ligne épineuse : il nous est aisé de dénombrer les épines, aucune ne manque à l'appel ; seulement, quand nous arrivons *à la hauteur*

de la troisième cervicale, la pression réveille une douleur très marquée, et qui se répète à chaque exploration. On ne trouve pourtant, à ce niveau, ni enfoncement perceptible, ni déviation des apophyses. De chaque côté, à la même hauteur, la pression provoque une sensibilité tout aussi vive, et, en cherchant à bien délimiter ces deux *points douloureux latéraux*, on reconnait qu'ils correspondent aux articulations de la troisième avec la quatrième cervicale. Nous avons répété plusieurs fois cette recherche de la douleur locale, et toujours la réponse a été la même, celle que vous constatez vous-mêmes.

En examinant, *par la bouche, la paroi postérieure du pharynx*, on est frappé tout d'abord d'un relief arrondi, médian, qui se détache avec assez de netteté, et que le doigt permet de sentir mieux encore. Ce relief a beaucoup effrayé quelques-uns d'entre vous, et a donné lieu à des hypothèses, que nous discuterons tout à l'heure, en cherchant à déterminer exactement ce qu'il représente. Je vous dirai tout de suite que la pression, à ce niveau, n'est pas douloureuse, et qu'elle ne le devient qu'un peu plus bas, vers la colonne cervicale, sans qu'on puisse pourtant lui assigner une zone très précise. J'ajoute encore que le malade avale avec quelque difficulté, à cause de l'attitude particulière de la tête et du cou.

Cette attitude droite n'est pourtant pas absolument fixe : en prenant la tête à pleine main, on lui fait exécuter sans trop de peine des mouvements de rotation étendus; de plus, on l'étend et on la fléchit un peu. Les muscles de la nuque résistent fortement, vous les voyez se tendre et se raidir, et la douleur s'exagère; mais, en procédant très doucement, par degrés, lentement, on provoque moins de contractures, et la flexion s'accuse peu à peu. Au cours de cette exploration, j'ai la sensation très nette *qu'aucun obstacle mécanique, osseux, rigide, ne s'oppose aux mouvements, que ce sont les muscles, qui, seuls, résistent*, et, chaque fois qu'ils capitulent, je sens la tête qui m'obéit et l'articulation qui « joue ».

Enfin le malade, qui marche bien, qui se sert parfaitement de ses membres supérieurs, nous dit qu'il souffre d'une céphalée tenace depuis son accident, que dans le décubitus, au lit, ses douleurs deviennent plus aiguës, et qu'il a de fréquentes insomnies.

Voilà le fait, Messieurs; vous voyez qu'il n'est pas sans soulever un problème intéressant de diagnostic. Or les hypothèses se réduisent

à trois : avons-nous affaire à *une fracture*, à *une luxation* ou à *une entorse de la colonne cervicale?*

Les *fractures des vertèbres cervicales* inférieures ne se compliquent parfois d'aucun accident médullaire, et, dans un mémoire récent, M. Sonnenburg (de Berlin) en fournissait de curieux exemples[1]. Je tiens même à vous faire remarquer que plusieurs de ces fractures sans symptômes se sont terminées, au bout de quelques heures ou de quelques jours, par la mort subite : la disjonction brusque des fragments, restés d'abord en contact, explique bien ce dénouement brutal, et, tout à l'heure, à l'occasion d'une autre variété de traumatismes rachidiens, nous trouverons des faits du même genre. De là les inquiétudes justifiées que suscitent toujours les fractures cervicales, et la nécessité d'une prudence extrême dans les explorations; et je ne puis m'empêcher de vous citer, à ce propos, une histoire terrible autant qu'instructive, que j'ai souvent entendu raconter par mon maître Le Fort. Un homme tombe d'un échafaudage, et, après une longue perte de connaissance, est transporté à l'hôpital Beaujon. On le trouve dans le décubitus dorsal, la tête un peu fléchie et immobile; pendant qu'on examine les membres, on lui recommande instamment de ne pas chercher à remuer sa tête; malgré cela, au moment où l'on explore la sensibilité au pied, il se soulève un peu : il s'affaisse aussitôt, il est mort; le fragment supérieur avait glissé et comprimé le bulbe.

Mais revenons aux fractures cervicales inférieures, qui ne s'accompagnent pas tout d'abord de phénomènes médullaires.

Vous en avez vu un exemple, en novembre dernier. Vous vous rappelez ce terrassier de 37 ans qui était tombé, la tête la première, dans la cave d'une maison en démolition; il était resté quatre heures sans connaissance, puis il avait présenté toute une série de symptômes de commotion médullaire, incomplète et passagère : parésie des membres, qui s'effaça au bout de quelques jours; rétention d'urine qui fit place, assez rapidement, à un certain degré d'incontinence, constipation, légère dilatation pupillaire. Que son attitude était caractéristique, lorsqu'il se présenta ici, devant nous! Sa tête était fléchie, et inclinée à gauche; *il la tenait à pleines mains*, comme s'il avait eu peur qu'elle ne tombât, et le contraste

1. Sonnenburg. *Beiträge, zur kenntniss der Halswirbelbrüche.* — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Bd 34, 1892, p. 395.

serait frappant, si nous pouvions les mettre côte à côte, avec le maintien droit, rigide, fixe de la tête et du cou, chez notre blessé d'aujourd'hui. On réveillait, à la pression, une douleur aiguë à la jonction des 6e et 7e vertèbres cervicales, et, au même niveau, l'on constatait une dépression nette, quoique peu profonde. En imprimant à la tête, avec beaucoup de prudence, des mouvements de rotation et d'inclinaison, on provoquait une crépitation osseuse, bien et dûment caractérisée. Le doute n'était pas permis : il y avait une fracture à la hauteur des 6e et 7e cervicales.

Vous voyez combien la situation est différente chez notre malade : il n'y a chez lui ni dépression ni crépitation et l'attitude est toute différente. D'ailleurs la douleur correspond à une zone bien plus élevée de la colonne cervicale et, à cette hauteur, les fractures ne vont guère sans des accidents médullaires graves et, le plus souvent, mortels à bref délai.

Je repousse également l'hypothèse d'*une luxation*, et je ne crois pas qu'on puisse même émettre celle d'une luxation des vertèbres supérieures. Vous savez quelle est leur rareté, et aussi leur gravité immédiate; d'ordinaire, c'est l'atlas qui se déplace sur l'axis, en avant : d'où un enfoncement à la nuque, au niveau de la fossette sous-occipitale, et le relief, au fond du pharynx, du tubercule atloïdien antérieur; et c'est là qu'il nous faut interpréter cette saillie bien nette qu'on sent, chez notre malade, par le toucher pharyngé.

A l'état normal, la tête étant en position moyenne, le doigt, qui suit d'avant en arrière la face inférieure de la voûte palatine, rencontre, en arrière, sur le prolongement exact de la voûte, le tubercule atloïdien antérieur. Si tel est le siège précis de la saillie dont nous parlons, elle est, de plus, bien médiane, ovalaire, et se continue sans ressaut avec les plans osseux environnants; au-dessous d'elle, le doigt ne rencontre point de rebord abrupt ni de rigole, et, aussi loin qu'il peut descendre, il ne découvre aucun accident sur le devant de la colonne cervicale. Concluons donc, en toute assurance, que nous avons affaire au tubercule de l'atlas, un peu plus gros que d'habitude, *un peu plus proéminent* aussi, *par le fait, sans doute, de la position du cou*, mais bien en place.

Laissez-moi vous dire, en passant, que cette *exploration pha-*

... m résultat utilisable, doit être faite avec · – dont je vous parlais tout à l'heure. Il faut –... oigt, et la voûte palatine prolongée, le tuber- tlas représentent les deux points de repère –. . a pourrons-nous descendre? Quelle longueur de ns-nous explorer par le toucher pharyngé? Chez oigt pénètre jusqu'au bord inférieur de la troi- rvicale et, à la rigueur, en y mettant quelque qu'au milieu de la quatrième, mais je crois que les par un palper aussi profond seraient peu précises ncore. C'est, du reste, le terme assigné d'ordinaire ngueus au palper pharyngé; quelques auteurs, entre autres, ont bien avancé qu'on pouvait sentir 5e cervicale, et M. Waldeyer, sur le cadavre, aurait ement la 5e, mais la 6e cervicale[1]. Mais l'exploration ne se fait pas comme sur un cadavre, surtout lorsque ine, la région très douloureuse et qu'on a tout lieu de lésion grave du rachis; en pratique, le *champ d'explo- sable* est beaucoup plus restreint.

... examen, sur ses deux faces accessibles, du rachis cer- met de reconnaître aucune déformation pathologique. ... que, dans la luxation incomplète en avant des cinq tèbres, le relief pharyngé n'est parfois que très peu dépression correspondante, à la nuque, est elle-même ...elle; et, sur les pièces que voici, et qui provien- musée Dupuytren, vous pourrez vous rendre compte de ce

observation de ce genre, extrêmement typique, est rapportée Wagner[2], dans un mémoire sur les luxations des vertèbres ... un homme de 50 ans tombe d'un wagon, et, dans sa heurte violemment la nuque: perte de connaissance, ... les membres inférieurs, parésie des membres supérieurs; ... en hyperextension légère et tous les muscles cervicaux pos- ... contracturés, toute la région est douloureuse, mais surtout

[1] ... *médecine berlinoise*, 23 janvier et 20 février 1889. — Voy. aussi Demme. ... *die Erreichbarkeit der Halswirbel von der Mundhöhle* ... — *Cen-* ... 1891, n° 17, p. 354.

[2] ... *Halswirbel-luxationen. Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XXXI. 1885, p. 193

à la hauteur de la 6ᵉ apophyse épineuse. On ne trouve en aucun point de déformation, la ligne épineuse est régulière, le toucher pharyngé ne dénote aucun relief anormal; sous le chloroforme, un peu plus tard, les recherches demeurent tout aussi négatives. Le lendemain, le blessé est entièrement paralysé, la température monte à 41 degrés: il meurt dans la nuit. Sur le cadavre, M. Wagner répète ses explorations, sans plus de résultat; *ce ne fut qu'après la dissection complète de la région qu'on découvrit une luxation en avant de la 6ᵉ vertèbre cervicale, avec déchirure du disque sous-jacent.*

Je tenais à vous exposer ces quelques faits, car ils montrent bien quel problème complexe vous offriront souvent, en pratique, les traumatismes cervicaux. Mais, dans le fait qui nous occupe aujourd'hui, la lésion est assez haut située, si l'on s'en rapporte à la douleur locale, pour se prêter à un examen aussi complet que possible; nous venons de le faire ensemble, et j'en tire, sans hésitation, la conclusion suivante : il n'y a pas de fracture, il n'y a pas de luxation, *il y a une entorse de la colonne cervicale*, probablement au niveau de la jonction des 3ᵉ et 4ᵉ vertèbres.

Vous ne trouverez que peu de données précises sur *l'entorse vertébrale*, et cela tient peut-être aux hésitations du diagnostic auxquelles elle donne fréquemment lieu; on lui attribue, aux lombes, un certain nombre de « tours de reins », on en cite des cas rares, étranges, et souvent le terme d'entorse est appliqué à des lésions bien autrement complexes. Le livre de Bonnet, qui contient quelques expériences, les thèses de Hentzel[1] et de Philippon[2] représentent les principaux documents publiés.

Or, sous ce terme compréhensif d'entorse, on a réuni deux formes, qui ne diffèrent, en apparence, que par la gravité, mais, en réalité, par la nature même des lésions : l'*entorse grave ou diastasis*, l'*entorse proprement dite*. Au diastasis sont fréquemment rapportés des faits qui n'ont rien de commun avec l'entorse vraie. Ainsi, dans la thèse de Hentzel, nous relevons des diastasis suivis de mort ou d'accidents médullaires graves et caractérisés, anatomiquement, par la rupture du disque et de tous les ligaments, par

1. Hentzel. *Quelques considérations sur le diastasis traumatique de la colonne vertébrale. Thèse doct.* 1873.
2. Philippon. *Entorse des cinq dernières vertèbres cervicales. Thèse doct.* 1882.

des fractures du corps des vertèbres, par des lésions d'ordre essentiellement complexe.

Le diastasis, à prendre le mot dans son sens propre, signifie *la rupture complète de tous les ligaments qui relient ensemble les vertèbres, y compris le ménisque* : d'où résulte un état d'équilibre instable de la colonne cervicale, et l'imminence d'une compression de la moelle par un chevauchement brusque. Mais de pareils délabrements ne vont guère sans fractures.

Quant à l'entorse vraie, ici comme partout, elle ne comporte que des ruptures ligamenteuses, complètes ou incomplètes. En clinique (et je parle de l'entorse cervicale), elle se caractérise par la triade symptomatique suivante : *une douleur, de localisation déterminée, une attitude spéciale* de la tête et du cou, des *phénomènes médullaires*, qui peuvent manquer entièrement et qui sont toujours de nature relativement bénigne et passagers.

La *douleur* est une *douleur d'interligne* : elle se retrouve au niveau de tous les ligaments qui ont souffert, et notre malade nous présente très nettement ces divers points douloureux. Il souffre, à la pression, sur la ligne épineuse, mais aussi et surtout, de chaque côté de la nuque, en dehors de la masse du complexus, sur les apophyses articulaires, et cette douleur latéro-vertébrale est d'importance, en pareil cas; il souffre encore, mais peu, au fond du pharynx, par la pression sur la face antérieure de la colonne, approximativement au niveau du disque intermédiaire à la 3ᵉ et à la 4ᵉ cervicale. Du reste, l'intensité relative de ces points douloureux varie, sans doute, avec la nature des lésions et leur siège principal.

C'est encore de cette douleur que semblent procéder la contracture des muscles de la nuque, et *l'attitude rigide, droite, en hyperextension légère, de la tête*. Toute affection douloureuse des articulations vertébrales, au cou, provoque la contracture de ce groupe musculaire, et l'attitude que nous observons : rappelez-vous le mal sous-occipital au début, les arthrites rhumatismales du cou, etc.

Et, du reste, ce n'est que l'application d'une règle générale, en pathologie articulaire. Il y a, pour toutes les articulations, une « attitude de contracture », si je puis ainsi dire, et qu'on retrouve, toujours la même, aux premiers stades des maladies articulaires : c'est l'adduction forcée, à l'épaule; la flexion, l'abduction et la

rotation en dehors, à la hanche, etc. Au cou, les muscles de la nuque sont les premiers qui répondent à l'appel réflexe et se contracturent.

Voyez, une fois encore, combien cette attitude diffère de celle qu'on observe, en règle, dans la fracture ou dans la luxation. Dans la fracture, la tête est fléchie ou inclinée, et surtout elle est *instable*, et le malade, qui a la sensation de ce manque d'équilibre, la retient entre ses mains ou s'ingénie à lui fournir un point d'appui; dans la luxation elle est fixée, *immobilisée mécaniquement dans sa position vicieuse*. Les photographies que je vous fais passer, et qui sont tirées du mémoire de M. Wagner[1], le souvenir de notre malade de novembre dernier et l'examen de celui que vous avez devant vous, vous suffiront pour vous rendre compte de ce contraste.

Il faut ajouter que des phénomènes médullaires accompagnent parfois l'entorse cervicale : parésies, rétention d'urine, *accidents légers, disséminés*, et qui passent vite, en général. Dès qu'ils revêtent un caractère plus grave, il faut prévoir d'autres lésions que celles de l'entorse simple.

C'est donc une *affection bénigne*, et notre pronostic n'aura rien d'inquiétant. Vous n'oublierez pas, malgré cela, que la douleur est souvent d'une grande ténacité, qu'elle persiste des mois, et qu'elle entretient l'attitude vicieuse de la tête, la raideur et la gêne des mouvements du cou. Et même, chez les sujets d'un certain âge, entachés de rhumatisme, l'entorse est aisément suivie d'une arthrite chronique cervicale, qui, elle, se prolonge indéfiniment.

Cela suffit à vous montrer que, si vous avez toute raison de ne pas craindre pour la vie de vos malades, vous devez faire pourtant quelques réserves sur la date de la guérison complète.

Aussi nous aurons recours tout de suite, pour notre entorse cervicale, au seul traitement actif de l'entorse, au massage et à la mobilisation méthodique, et vous comprenez que pareille pratique serait condamnable, si notre diagnostic n'était bien établi.

Le massage de la nuque, les mouvements méthodiques de la tête, ont été faits régulièrement. Les douleurs, encore très vives

1. *Loc. cit.*

pendant les premiers jours, se sont atténuées, le décubi
est devenu supportable, et le sommeil a reparu. Quand i
nous quitta, il existait encore un peu de douleur à la nu
peu d'enraidissement du cou, mais les mouvements d
s'exécutaient aisément et avec une amplitude suffisante, p
espérer, à bref délai, une guérison définitive.

TUBE DIGESTIF

I

REMARQUES SUR 42 CAS DE CURE RADICALE DE HERNIES

Contre-indications de la cure radicale : état sénile; atrophie complète de la paroi. — Variétés de hernies observées : les différents types de hernies congénitales. — Epiplocèles et épiploptose. — Epiplocèles tuberculeuses : la tuberculose herniaire. — Cystocèles. — Technique opératoire. — La vascularisation du sac herniaire, varicocèle herniaire. — Le long travail de réparation organique de la paroi. — Résultats définitifs.

Messieurs,

Nous avons pratiqué, dans le courant de l'année, quarante-deux cures radicales de hernies : dans ce nombre ne figurent que deux hernies, deux épiplocèles, *crurales*, toutes les autres sont des hernies *inguinales*; une seule, une hernie inguinale gauche, se rapporte à une femme.

Si vous songez, Messieurs, que plus de quatre-vingts hernieux ont passé dans nos salles, qui, presque tous, demandaient à être opérés, vous conviendrez que nous avons choisi nos cas, ou, pour mieux dire, que nous sommes intervenus sur des indications précises. La cure radicale des hernies est devenue l'une des rares opérations, que les malades réclament avec instance, et que le chirurgien se voit contraint de refuser quelquefois. Je parle du milieu hospitalier, de la population ouvrière, qui forme notre clientèle d'hôpital, et pour qui le bandage est toujours une gêne, un obstacle au travail, un pis aller. Que de fois ne voyons-nous pas, dans les hôpitaux ou au Bureau central, de vieux ouvriers, blanchis dans le travail, qui viennent prier qu'on les délivre de leur « descente ». Le bandage, depuis longtemps porté, leur est à charge, et, puisque

« cela se guérit aujourd'hui », ils préfèrent « l'opération ». C'est à grand'peine qu'on leur fait comprendre que pareille ambition n'est plus de leur âge.

L'âge, ou plutôt *l'état sénile*, qui se montre à des dates très variables, nous semble, en effet, une contre-indication très sérieuse, et j'ai vu mourir, il y a peu de mois, un homme âgé, cachectique, qu'on avait opéré, malgré cela, d'une hernie inguinale droite.

Nous n'avons pas opéré davantage les hernies énormes, dans lesquelles une grande partie de l'intestin a perdu droit de domicile; quand ces hernies datent de loin, la paroi abdominale s'est, à proprement parler, *rétractée sur elle-même*, et un sillon transversal, souvent très profond, qu'on remarque à la région sous-ombilicale, en témoigne suffisamment; la paroi antérieure du ventre a perdu toute élasticité, et, dans toute la force du terme, il n'y a plus de place pour l'intestin qu'on cherche à réduire. Dans ces conditions, toute tentative de cure radicale doit être précédée d'une longue période préparatoire, au cours de laquelle le séjour au lit, les grands bains journaliers, la réduction progressivement faite et maintenue par un bandage approprié, rendent la cavité abdominale plus apte à recevoir son nouveau contenu. Ainsi avons-nous procédé chez un débardeur de quarante ans, dont la hernie, datant de dix ans, était plus grosse qu'une tête d'adulte; malheureusement la patience lui manqua, au bout d'une quinzaine de jours de ce traitement préliminaire, et il préféra conserver sa monstrueuse infirmité, à laquelle il s'était habitué.

D'autres hernieux se présentent avec une paroi abdominale si flasque, si maigre, si atrophiée, des anneaux si larges, que la cure radicale devrait se borner presque à l'excision du sac, l'étoffe n'existant pas ou n'existant plus pour refaire une paroi inguinale. Dans ces conditions, la récidive est inévitable, et d'ordinaire rapide, et l'on se rend bien compte que *la malformation herniaire est beaucoup plus étendue qu'elle ne le paraît d'abord, qu'elle porte sur toute la région et sur tous les tissus de la région*, et c'est là, assez souvent, un véritable élément d'incurabilité.

A part ces *contre-indications*, qui n'ont jamais rien de formel, la cure radicale, même lorsqu'elle ne mérite qu'en partie son nom

rend des services inappréciables sur lesquels il est inutile d'insister. Le bandage, chez un homme jeune, est une erreur et un danger; faites-le aussi parfait que possible, il assurera la contention des viscères, je le veux bien, mais il laissera subsister ce canal séreux, le sac herniaire, tout prêt à se dilater de nouveau ou à servir d'agent d'étranglement. Vous avez pu vous convaincre du peu d'efficacité réelle du bandage, même lorsqu'il est appliqué dans des conditions exceptionnellement heureuses, chez un de nos opérés, un jeune homme de vingt-six ans.

Ce garçon était venu me consulter, au sortir de son service militaire, en 1890 : il avait deux pointes de hernie inguinale, fort légères, que la toux seule et les efforts rendaient apparentes, il n'en souffrait pas; je lui fis faire un bandage, dont je surveillai l'application, et je l'engageai à le porter jour et nuit. Je le revis de temps en temps, et je suis certain qu'il s'est astreint à *ce port continu du bandage, pendant deux ans et demi*; les deux pointes avaient disparu, à peine sentait-on une minime impulsion, pendant la toux. Mais d'autres préoccupations s'étaient fait jour dans l'esprit de notre malade, et maintenant il insistait pour être opéré. Je me rendis à ses désirs, et voici ce que nous avons trouvé : à gauche, un gros lipome pré-sacculaire, et un sac herniaire, de 5 centimètres de long, au moins, contenant de l'épiploon adhérent; à droite, même lipome, autre sac, un peu moins long, déshabité, mais en communication large avec la cavité péritonéale. Le port continu d'un bandage, et d'un bon bandage, pendant près de trois ans, tout en étant suivi des *apparences de la guérison*, n'avait produit, en réalité, aucun résultat utile.

Voilà pourquoi et dans quelles conditions nous sommes intervenus. *Qu'avons-nous découvert*, dans ces trente-deux hernies? *Quelle technique* avons-nous suivie? *Quels résultats* sommes-nous en droit d'attendre?

La *hernie congénitale* est d'observation fréquente; elle se présente sous des formes multipliées. Nous avons eu l'occasion d'en observer toute une série : hernie *pro-péritonéale*, hernie *inguino-interstitielle*, hernie *funiculaire*, hernie *vaginale*, représentant les degrés successifs de la persistance du canal vagino-péritonéal.

Chez un homme de 37 ans, porteur d'une hernie inguinale

droite, une fois découvert le sac extérieur et le canal inguinal largement incisé, nous avons trouvé, dans la profondeur, *un second sac*, un diverticule, appliqué derrière l'arcade crurale, et qu'il fallut suivre et décoller assez loin, jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure : les deux poches, qui se réunissaient au niveau de leur pédicule commun, furent tous deux excisées, après une double ligature de ce pédicule. Le diverticule rétro-inguinal était vide, ou contenait tout au plus un peu de liquide rougeâtre : le diverticule inguino-scrotal était seul habité (Fig. 93).



Fig. 93. — Hernie pro-péritonéale (schéma).

Vous aurez souvent l'occasion d'observer des hernies, d'apparition tardive et progressive, encore incluses dans le trajet inguinal ou descendant plus ou moins bas le long du cordon et dans le scrotum, mais sans affecter aucun rapport immédiat avec le testicule, sans présenter aucun signe extérieur de congénialité, — et dont vous reconnaîtrez, à l'examen direct, au cours de la cure radicale, grâce à l'ordonnance du sac, à ses brides, ses diaphragmes, ses épaississements annulaires, la nature exacte. Le fait est de notion vulgaire, aujourd'hui. Deux fois, nous avons relevé *la coexistence d'un sac herniaire et d'une vaginale anormalement développée*, témoignant, elle aussi, d'un processus incomplet d'oblitération.

Chez notre premier malade, il s'agissait d'une hernie inguinale droite. Les enveloppes sectionnées, je tombe sur un sac séreux, que j'incise, il est très large, mais complètement vide ; en haut, il remonte jusqu'à l'entrée du canal inguinal et se termine là en cul-de-sac ; en bas, il se continue, au niveau d'un léger rétrécissement, avec la tunique vaginale. Derrière lui, bombe une autre poche, qui est ouverte, à son tour : c'est le véritable sac herniaire, qu'on dissèque et qu'on excise (Fig. 94). On fait de même de la poche séreuse qui lui est accolée, en avant, ne réservant, en bas, que juste ce qu'il en faut pour recouvrir le testicule et refaire une vaginale.

Chez notre second malade, un jeune homme de 17 ans, la vaginale se prolongeait aussi tout le long du cordon et jusque dans l'anneau inguinal externe, mais elle était remplie de liquide, et, ce

que nous constations tout d'abord, c'était une volumineuse hydrocèle, qui, bien que sans communication réelle avec le péritoine, portait pourtant, dans sa forme et son prolongement supérieur, la marque de l'hydrocèle congénitale. Le testicule était à sa place, mais d'une mobilité externe et se laissait refouler, sans le moindre obstacle, jusque dans le trajet inguinal. L'opération montra que, derrière la volumineuse poche d'hydrocèle, descendait, sous la forme d'un court cylindre segmenté de plusieurs rétrécissements, un sac herniaire. La disposition était donc, à part l'épanchement, tout à fait semblable, et, d'après le schéma ci-contre (Fig. 94), vous pourrez vous expliquer toute une série de trouvailles opératoires, encore plus complexes, en apparence.

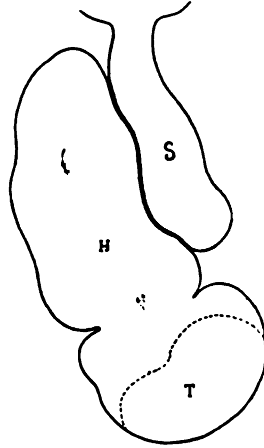


Fig. 94. — Variété de hernie congénitale. — S, sac herniaire ; — H, grosse hydrocèle, remontant jusque dans le canal inguinal ; — T, testicule.

C'est, sans doute, au même type d'anomalies, mais de conception plus obscure, qu'il faut rapporter *ces doubles sacs*, dont voici un exemple. Un jeune maçon de 27 ans est atteint, depuis 8 ans, d'une hernie inguinale droite : grosse comme un œuf de dinde, bien réductible, cette hernie est le siège, à certains intervalles, de douleurs extrêmement vives, et le retour assez fréquent de ces crises empêche tout travail régulier. Le 29 octobre 1891, je pratique la cure radicale ; j'ouvre un sac, d'aspect très ordinaire, j'y trouve un peu d'épiploon et une anse grêle, je réduis ce contenu, et je me mets en devoir d'isoler la paroi de la poche séreuse. C'est alors que je m'aperçois, que dans la profondeur, derrière elle, il existe *un second sac*, qui, lui aussi, contient des viscères : il est absolument parallèle au premier, et *une cloison séreuse, du reste très mince, l'en sépare sur toute sa hauteur* ; cette cloison remonte jusque dans le trajet inguinal, et finit là, par un rebord arrondi. Il s'agit donc d'un véritable sac à deux loges. Il est isolé en masse, lié et réséqué : la figure ci-contre en reproduit très fidèlement la forme. (Fig. 95).

D'ailleurs, ces sacs herniaires doubles ont été depuis longtemps décrits ; une planche de Demeaux est demeurée classique. Les thèses

récentes de Gottlieb[1] et de Prieur[2] en ont fourni d'assez nombreux exemples ; je n'insiste pas, je tenais seulement à signaler cette étrange anomalie du sac, qui, de prime abord, étonne : en matière de hernie, et surtout de hernie congénitale, il faut s'attendre à tout.



Fig. 95. — Sac herniaire à deux loges.

Les arrêts de migration du testicule coïncident souvent avec les hernies, relevant, comme elles, d'une évolution incomplète de toute la région ; plusieurs éventualités se présentent :

1° *le testicule est absent* ; on ne le sent nulle part, ou quelquefois seulement à la partie toute profonde du trajet inguinal, au-dessus de l'arcade, à la marge de la fosse iliaque. Sur un malade de l'Hôtel-Dieu, on retrouvait ainsi, à la hauteur de l'orifice inguinal interne, une petite masse arrondie, rénitente, à peine grosse comme une amande, très mobile, et qui, sous la pression des doigts, paraissait s'engager dans le trajet, sans aller au delà de sa partie moyenne. On eût dit un ganglion aberrant. Cette monorchidie — apparente du moins — ou cette ectopie sus-inguinale sont d'observation rare.

2° *le testicule est à l'anneau*, ce qui signifie plusieurs choses. Il arrive que la glande ectopiée, encastrée dans l'orifice inguinal externe, y reste fixée, adhérente, fermant la porte, ou figurant une sorte de soupape, que refoule le contenu du sac. Plus souvent, le testicule est « oscillant », si je puis dire, il descend jusqu'à deux travers de doigt, au-dessous de l'anneau, il remonte jusque dans le canal, et son excursion se borne là. Ainsi en était-il chez trois de nos opérés. Chez les deux premiers, le testicule était en arrière et en dedans du sac, recouvert et en partie masqué par les viscères, et le cordon spermatique était accolé à la paroi profonde du conduit vagino-péritonéal, hors d'atteinte.

L'histoire de ces deux malades était, d'ailleurs, assez intéressante, et, chez tous les deux, la hernie s'était produite, brusquement, à la suite d'un traumatisme. L'un, aujourd'hui âgé de 26 ans, n'avait, à 11 ans, qu'un seul testicule dans les bourses, le droit ; il fait un violent effort pour porter un seau d'eau, et, soudain, il sent

1. Gottlieb. *Uber doppelte Bruchsäcke. Inaug. Diss., Fribourg en Brisgau*, 1892.
2. Prieur. *Des sacs herniaires diverticulaires. Thèse doct.* 1893.

une douleur à l'aine gauche, le testicule est sorti, et derrière lui, une hernie. L'autre, à 6 ans, reçoit un coup de pied de cheval dans les bourses, à ce moment, les deux testicules étaient descendus; sous le choc, le testicule gauche remonte, rentre dans l'anneau, et ne reprend plus sa migration; quelque temps après, une hernie se développe, du même côté.

Dans ces deux cas, notre pratique a été la même : le sac ouvert, nous l'avons incisé circulairement à sa partie moyenne, et, retroussant son segment supérieur, que nous détachions lentement, à petits coups, avec grand soin, de la surface du cordon, nous avons poussé aussi haut que possible l'isolement, jusqu'à la graisse sous-péritonéale. Du même coup, le cordon se trouvait libéré de ces brides et de ces adhérences, dont la rupture doit constituer le premier temps, et le plus important de toute orchidopexie. La ligature et l'excision du sac, dont le collet était suturé à la paroi, à la façon de Barker; l'abaissement du testicule, qu'un ou plusieurs points rattachaient au fond du scrotum, et la réfection d'une vaginale, aux dépens du segment inférieur du sac, terminaient l'opération, toujours délicate en pareilles conditions.

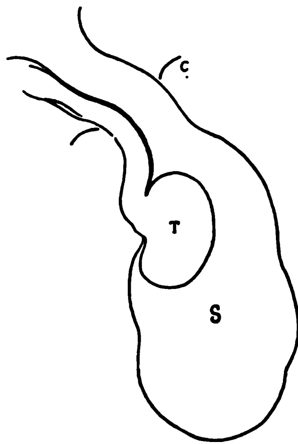


Fig. 96. — Hernie congénitale; testicule ectopié sur la face antéro-latérale du sac. — T, testicule; — S, sac herniaire; — C, anneau inguinal.

Mais le testicule ectopié, à l'anneau ou près de l'anneau, n'occupe pas toujours sa place ordinaire, en arrière et en dedans du sac. Deux fois, chez un jeune garçon de 19 ans, que j'opérai à l'Hôtel-Dieu, en août 1893, et chez un autre de 17 ans, qui est encore dans nos salles, j'ai trouvé le testicule et le cordon sur le devant du sac herniaire, qui s'étalait au-dessous d'eux et les encadrait, en quelque sorte (Fig. 96); et il fallut ouvrir le sac par une incision latérale.

Dans nos autres hernies, le sac n'a présenté, en général, rien d'anormal, et la dissection en a été, la plupart du temps, assez facile. Comme nous avions affaire presque toujours, à des sujets peu âgés, et à des hernies de volume moyen, nous n'avons ren-

contré que rarement une paroi très épaisse et un contenu adhérent.

Un fait nous a frappé : *le volume souvent énorme de l'épiploon hernié.* Nous en avons excisé des paquets véritablement monstrueux : il semblait que tout l'épiploon fût dans le sac, et, en l'étirant, on amenait à l'anneau le côlon transverse. J'ajoute que ces grosses masses épiploïques n'étaient nullement adhérentes ; c'était, à proprement parler, une chute de l'épiploon, *une épiploptose,* ou, pour mieux dire, une variété d'entéroptose; et il ne me paraît pas douteux que ce manque d'attache des viscères abdominaux n'ait sa part dans la production et l'accroissement des hernies. Réséquer le sac herniaire, fermer ou rétrécir les anneaux, n'est qu'une partie du problème, et ne répond qu'à un groupe d'indications : il faut tenir compte encore et *de l'état de la paroi abdominale* et *de l'état des viscères.* Il y a là, pour les résultats définitifs, deux éléments d'importance majeure, qui nous échappent presque entièrement. La *maladie herniaire* est trop complexe, pour se laisser enfermer dans une formule purement mécanique.

Ailleurs, nous avons trouvé l'épiploon adhérent, épaissi, kystique, malade. Ces épiplocèles peuvent revêtir alors des aspects cliniques, tout à fait étranges. Un de nos opérés portait dans le côté droit du scrotum, une masse cylindroïde, bosselée, manifestement fluctuante en plusieurs points, très molle sur toute son étendue : on trouva une épiplocèle ancienne, dont les feuillets étaient séparés par des vacuoles pleines de liquide et figurant comme autant de kystes. Une épiplocèle crurale droite était si dure, si ronde, si mobile, qu'on aurait pu croire à un simple ganglion, et l'histoire du malade rendait l'hypothèse extrêmement vraisemblable : une fois enlevée, la petite masse épiploïque, tassée et compacte, rappelait encore la coupe d'un parenchyme ganglionnaire. — Un cocher de 60 ans portait, à l'aine droite, une tumeur ovoïde, lisse, dure, indolente, irréductible, et qu'une sorte de bride, très étroite, très vague, prolongeait seule, en haut : sous une gaine séreuse, mince et adhérente, on trouve une colonnette jaunâtre, épaisse, dure, sorte de cordon cylindroïde, qu'on prendrait à première vue pour l'appendice vermiforme, et qui pénètre dans le canal inguinal en s'amincissant et se continue avec une mince range épiploïque. On le résèque; à la coupe, il présente une surface rougeâtre, semée de petits points jaunâtres, qui ressemblent à des nodules tuberculeux. Ce n'est autre chose que de l'épiploon, altéré, tassé et graisseux. On

ne saurait trop penser à ces *formes anormales d'épiplocèle chronique*, dans le diagnostic des tumeurs inguino-crurales.

Nous avons observé, il y a quelques mois, chez une pauvre jeune fille de 26 ans, qui depuis a succombé à une phtisie galopante, *une épiplocèle tuberculeuse*. Elle avait, dans l'aine droite, une petite masse irrégulière, allongée transversalement, peu mobile, douloureuse : une épiplocèle crurale. Elle en souffrait beaucoup, elle insistait pour qu'on l'en délivrât : à la cocaïne, l'opération était bien peu de chose. J'y consentis, et je découvris un bouchon épiploïque, intimement soudé au sac herniaire, et farci, comme le sac lui-même, de granulations tuberculeuses. Ce qu'il y eût d'intéressant, dans l'espèce, c'est que le pédicule épiploïque, tiré à l'extérieur, pour permettre une ligature haut placée, nous parut à peu près sain : à peine quelques rares granulations s'y voyaient-elles çà et là. Le fait est, du reste, d'observation courante, dans *la tuberculose herniaire*[1]; et si les lésions du sac ou de l'épiploon hernié ne sont pas toujours isolées, elles sont, d'ordinaire, plus avancées que sur le reste de l'épiploon et du péritoine : la hernie joue bien le rôle de *locus minoris resistentiæ*, où la tuberculose se localise de prime abord ou se développe plus vite.

La cure radicale nous a réservé d'autres surprises encore. Je veux citer, en particulier, un cas fort intéressant de *cystocèle inguinale*, qui n'a été reconnu, comme il est arrivé souvent, qu'au cours même de l'opération. Il s'agissait d'un charpentier de trente-deux ans, qui, depuis six mois, ressentait, à l'aine droite, d'assez vives douleurs, se reproduisant après chaque journée de fatigue. On constatait, à ce niveau, l'existence d'une petite hernie inguinale, à peine sortie encore de l'anneau, peu saillante, et qui ne se dessinait nettement et ne prenait quelque volume qu'au moment de l'effort ou de la toux. Réductibilité parfaite. Jusque-là, rien que de très normal; aucun signe vésical; l'anneau était seulement très large, et, pendant la toux, on sentait, à sa partie interne,

1. Nous en avons publié ailleurs quelques observations : Néoplasmes herniaires et péri-herniaires, *Gaz. des hôp.*, 3 août 1889, p. 801. — On en trouvera d'autres dans les mémoires de M. Jonnesco : Tuberculose herniaire, *Rev. de chirur.*, 1891, p. 185 et 455; et de M. le professeur Bruns (de Tübingen) : Tuberculosis herniosa, *Beiträge zur klin. Chirurgie*. Bd IX, 1892, p. 209; et aussi dans la thèse de M. Renault : De la tuberculose herniaire, Bordeaux 1894.

une forte impulsion; une fois même, *une sorte de masse arrondie* se montra à ce niveau, et presque aussitôt se réduisit. La peau incisée, je tombai sur une masse graisseuse, feuilletée et compacte, comme de l'épiploon, et de volume considérable; au-dessous, j'ouvris un sac vide, et, en isolant sa paroi, j'attirai, en dedans, accollée et adhérente à sa face postéro-interne, *une masse rougeâtre, mollasse, charnue, qui fut facile à reconnaître pour la vessie* : d'ailleurs, une injection boriquée, poussée par l'urèthre, la distendit immédiatement. J'achevai la dissection du sac, qui fut lié et réséqué, puis je réduisis la cystocèle. Un double surjet de catgut rapprocha les parois du canal inguinal, sur toute sa longueur. Il y eut, durant les premiers jours, des urines sanglantes, des mictions fréquentes et douloureuses, puis tout se calma, et le malade sortit, au bout d'un mois, parfaitement guéri. Nous avions donc affaire au type le plus ordinaire de la hernie vésicale, sous et intra-sacculaire, et accompagnée du volumineux lipome, qui a été signalé dans la plupart des observations.

Quel que soit le contenu, quelles que soient la forme ou les anomalies du sac, la cure radicale doit toujours avoir le même but, un double but : 1° *l'excision du sac* et de son collet, *aussi haut que possible*; 2° *la réfection du trajet inguinal et de la paroi*. Ce second temps est d'importance tout aussi grande que le premier, et d'exécution souvent plus difficile : aussi s'explique-t-on le grand nombre de procédés qui ont été successivement proposés et expérimentés. Nous avons eu recours, une seule fois, à la méthode de Bassini, proprement dite; dans tous nos autres faits, nous avons appliqué une technique analogue à celle qui a été recommandée par M. le professeur Berger, et qui est exposée, avec résultats à l'appui, dans la thèse de son élève M. Blaise[1]. Le sac isolé aussi haut que possible, jusqu'à ce qu'on voie et qu'on attire la graisse jaune sous-péritonéale, le collet est lié par un double catgut enchaîné; deux des quatre fils sont sectionnés, les deux autres sont passés, séparément, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, en dessus et en dehors de l'anneau, et noués ensemble au-devant du grand oblique (Barker). De la sorte, on applique, pour ainsi dire, du péritoine nouveau à la face profonde

1. Blaise. *Canal inguinal chez l'adulte. — Cure radicale de la hernie inguinale* (Procédé de M. Paul Berger). Thèse doct. 1894.

du trajet herniaire, et l'on supprime, en déplaçant le collet, l'amorce, qui pourrait s'y ébaucher encore. Cela fait, le trajet est reconstitué par un surjet de catgut, qui traverse à la fois les deux lèvres de sa paroi antérieure, *et sa paroi profonde,* et la réduit ainsi à une fente étroite, juste suffisante pour loger le cordon. Au canal largement ouvert, on substitue une colonne cicatricielle.

Or, ici, comme dans toutes les interventions de chirurgie réparatrice, le résultat définitif tient moins à la nature des sutures et à leur ordonnance plus ou moins savante, qu'au travail de réparation naturelle, qu'à l'état des tissus : quand l'étoffe manque, les surjets les plus complexes ne créeront jamais qu'une paroi de résistance précaire. Il y a là un élément indépendant de toute technique, et dont il faut tenir grand compte, si l'on veut juger sainement de l'utilité et de la valeur de la cure radicale.

Nos quarante-deux malades ont guéri et sont sortis de l'hôpital. après une durée moyenne d'alitement de vingt-cinq jours; deux ou trois fois, nous avons eu une légère désunion de la peau, sans suppuration; deux de nos hernies ont suppuré et se sont cicatrisées par seconde intention, l'une d'elles avait été infectée secondairement, comme une petite enquête nous l'a montré, par l'opérée elle-même; enfin, chez l'un de nos opérés, il s'était produit, le soir même, un abondant hématome, qui nécessita l'ablation des sutures et le tamponnement iodoformé; la guérison se fit, dès lors, très régulièrement, par granulation. Chez tous nos autres opérés, la réunion a eu lieu par première intention, et tout s'est passé de la façon la plus simple. Aucun d'eux, un seul excepté, n'a quitté le lit sans bandage, et nous verrons tout à l'heure que l'exception a confirmé la règle. N'est-il pas, en effet, de la prudence la plus élémentaire, de ne pas laisser, sans protection, et livrée à l'effort de la pression abdominale, une cicatrice toute fraîche, aussi complexe que celle qui résulte de la réfection de la paroi inguinale, et dont l'organisation définitive exige toujours un certain temps?

Je vous disais que nous avions eu, dans un cas, un hématome inguino-scrotal post-opératoire; l'accident est de ceux qui ont le plus de facilité à se produire, au cours de la cure radicale; l'abondance et la disposition des vaisseaux péri-sacculaires en rendent aisément compte. Pendant le travail de dissection du sac, ces longues artérioles, flexueuses, s'étirent et se rompent : souvent elles

ne saignent pas ou saignent peu, leur lumière étant obstruée par les débris de leurs tuniques rétractées, et ce n'est que plus tard que



Fig. 97. — Varicocèle herniaire ; plexus veineux péri-sacculaire [1].

survient une hémorrhagie primitive retardée. La figure ci-dessus

1. Pièce injectée à l'École pratique.

(Fig. 97) vous donnera une idée de cette vascularisation extrême de toute la région herniaire, et, en particulier, du développement du système veineux : il y a, à la fois, une ectasie des veines spermatiques, un varicocèle, et une dilatation considérable de tous les plexus innominés, péri-déférentiels, péri-funiculaires, etc.; tous communiquent largement avec le réseau serré qui occupe la face externe du sac. Du reste, le *varicocèle herniaire* a été depuis longtemps signalé par Malgaigne, et, dans les hernies anciennes, il est d'observation presque constante.

La cure radicale ne saurait donc être menée à bien, sans déchirer ce chevelu veineux péri-sacculaire : d'où le suintement sanguin, d'où un autre phénomène, sur lequel j'ai plusieurs fois attiré votre attention. Je veux parler de cette *colonne épaissie* et serrée qui, d'ordinaire, à la suite de la cure radicale, occupe la région funiculaire et remonte tout le long du trajet inguinal : colonne cicatricielle, de bon augure, puisqu'elle indique un travail de réparation très active, et qui se fond et disparaît peu à peu. Le processus d'oblitération de ces nombreuses veinules funiculaires n'y est pas étranger, et, dans quelques cas, j'ai relevé l'existence d'une légère hydrocèle, qui rétrocédait, elle aussi, au bout de deux ou trois semaines, et témoignait dans le même sens.

Il se passe donc, dans le foyer opératoire, tout un travail de restauration organique, qui doit, pour être efficace, s'accomplir lentement et sans trouble. Voilà pourquoi il importe tant de ne pas faire lever les opérés trop tôt, et de ne pas les laisser marcher, sans un bandage approprié, qu'ils conserveront de quatre à six mois. L'absence de cette dernière précaution, à laquelle nos malades ne demandent qu'à se soustraire, est, à mon avis, l'une des principales causes des récidives ou des succès incomplets. Nous en avons eu un exemple des plus frappants : un homme de 38 ans est opéré le 29 novembre, d'une hernie inguinale droite; le 17 décembre, sans attendre son bandage, il demande son exeat dans la journée et sort, malgré toutes les représentations. Il y a peu de temps, il nous revenait, avec une hernie récidivée : ne souffrant plus et se croyant guéri, il s'était remis au travail, dès sa sortie, et la cicatrice, à peine fermée, n'avait pas tardé à se distendre.

Quant à nos autres opérés, ceux que nous avons revus, depuis un an, sont restés bien guéris, mais la date de l'opération est trop

rapprochée encore pour que nous en puissions tirer aucune conclusion. D'autres cures radicales, datant de deux, trois et quatre ans et qui ont rempli toutes leurs promesses — je vous ai montré quelques-uns de ces malades — me font espérer que les résultats définitifs seront, ici, les mêmes. La question, du reste, n'est plus en litige, et des statistiques imposantes ont prouvé, depuis longtemps, ce qu'on est en droit d'attendre de la cure opératoire des hernies, sous la réserve d'une bonne technique et de soins consécutifs suffisants, et hormis les cas d'*incurabilité organique*, dont nous avons parlé.

II

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

Les limites d'opérabilité du cancer du rectum : contre-indications anciennes.— Pronostic opératoire immédiat et pronostic thérapeutique. — Statistiques et discussion. — Importance de la conservation du sphincter : procédés qui permettent de la réaliser. — Le procédé de Dieffenbach modifié : technique; indications.

Encore un cancer, Messieurs, et un cancer de la forme la plus grave : *un cancer du rectum*, chez un homme encore jeune, pâle, émacié, morphinomane.

Vous venez de voir cet homme de 42 ans, couché au n° 27 de la salle Michon : il est peintre en bâtiment, et bien qu'il n'ait jamais eu de coliques, sa figure pâle, ridée, fanée, reflète à la fois la déchéance du saturnisme chronique et celle du cancer.

Il ne souffre que depuis quatre mois : en juillet dernier, il ressentit pour la première fois du ténesme rectal et de vives douleurs, en allant à la selle; les matières étaient glaireuses, sanguinolentes et souvent même ce fut du sang pur qu'il rendit avec les garde-robes. Il consulta : on fit le diagnostic d'hémorrhoïdes, on lui prescrivit des suppositoires cocaïnés, et, par un usage immodéré des piqûres de morphine, on le rendit complètement morphinomane. Aujourd'hui l'appétit est perdu, l'amaigrissement est déjà considérable, et l'atteinte portée à l'état général est beaucoup plus grave que ne le ferait supposer le volume même du néoplasme.

On sent, par le toucher rectal, au-dessus du sphincter, une tumeur mamelonnée et dure, à peu près circulaire, plus développée pourtant en avant : elle ne commence en bas qu'à un doigt environ au-dessus du sphincter interne, et le canal anal est entièrement indemne; sa hauteur paraît être de 5 à 6 centimètres; dans tous les cas, l'index atteint sans peine son bord supérieur, le déborde et le suit sur tout son pourtour. Avec le doigt, recourbé à son extrémité, on abaisse la masse aisément, et on la fait glisser d'un côté à

l'autre : elle est bien mobile sur les plans voisins. J'ajoute que le palper des fosses iliaques et de la cavité pelvienne ne révèle rien, à part une distension assez notable de l'S iliaque par les matières fécales et les gaz, et que, dans le reste du ventre, on ne découvre non plus aucune trace de tumeur.

Cancer de l'extrémité inférieure du rectum, avec sphincter intact, cancer « extirpable » : telle est la conclusion qui résulte de l'examen, du reste, fort simple. Mais nous ne saurions nous contenter de cette formule brutale et simpliste : et nous voulons savoir *pourquoi ce cancer est « extirpable »*; quelle est *la valeur thérapeutique réelle de l'intervention*, et les résultats immédiats et lointains que nous serons en droit d'en attendre? Enfin *comment nous devrons faire l'opération*, pour réaliser non seulement une ablation aussi complète que possible, mais encore pour assurer ultérieurement à la région, dans la limite du possible, des conditions physiologiques supportables?

Et d'abord, Messieurs, quels sont les *termes d'opérabilité* du cancer du rectum? Nous n'avons pas, ici, d'hésitation possible, et le néoplasme de notre malade rentre tout à fait dans la vieille formule : il se laisse déborder en haut par l'index, il est mobile.

Mais croyez-vous que ce double caractère soit indispensable pour légitimer l'extirpation? Non, et l'une et l'autre de ces deux conditions locales ont beaucoup perdu de leur rigueur et de leur autorité.

Pourquoi fallait-il, dans l'esprit des chirurgiens, nos devanciers, que le cancer se laissât dépasser par l'index, et qu'il ne remontât pas à plus de 10 centimètres de l'anus? Pour qu'il fût possible de l'extirper, sans ouvrir le péritoine; et malgré cela, l'intestin se laisse si bien décoller et étirer, qu'on en réséquait de très longs bouts. Dans les procédés actuellement en usage, on ouvre délibérément le péritoine, et l'on ne s'en trouve pas plus mal : sur 69 cas d'extirpation du rectum, où le péritoine fut ouvert, Arnd[1] ne relève que 9 cas de mort par péritonite. Du reste, les résections sacro-coccygiennes préliminaires rendent accessibles les néoplasmes les plus haut situés, et, sans insister davantage, je vous prie de jeter les yeux sur cette figure, qui résume les différents modes de section

1. Arnd. *Beiträge zur Statistik des Rectumcarcinom. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Bd 32, 1891, p. 1.

osseuse[1], et je vous rappelle l'opération de Kraske, que nous avons pratiquée il y a quelques semaines, pour un cancer très élevé et très adhérent du rectum, et au cours de laquelle vous avez pu constater quelle large voie nous avait ouverte la brèche sacrée.

La mobilité de la tumeur a cessé, elle aussi, d'être une condition nécessaire de l'opérabilité. Sur 27 extirpations du rectum, pratiquées à la Clinique de Czerny de 1883 à 1885, 13 fois la tumeur était mobile ou peu adhérente, 14 fois, elle adhérait fortement à tous les tissus voisins. N'a-t-on pas réséqué des lambeaux de vessies, des segments de prostate, etc.; et les malades ont guéri de l'opération.

Je ne veux tirer de ces faits qu'une conclusion : c'est que, au point de vue *purement opératoire*, l'extirpation du cancer du rectum ne reconnait presque plus de limites. Mais, et cette seconde question prime de beaucoup la première, — *quels sont les résultats immédiats et lointains* ?

Ce pronostic opératoire nous intéresse presque seul aujourd'hui, puisque nous avons affaire à un néoplasme bas situé, et facilement accessible.

Or, Messieurs, les statistiques ne manquent pas, et ceux qui ont la foi des chiffres, trouveront des bases nombreuses à leurs convictions. Il faut reconnaître, sans parti pris, que, des séries de faits ressortent quelques conclusions générales de grand intérêt.

Mettons bien à part, dès maintenant, les résultats *opératoires* — et les résultats *thérapeutiques*.

Nous trouvons, dans les statistiques anciennes, une mortalité opératoire de 58, 53, 39, 21 pour 100. — Elle se réduit à 12,17 pour 100, sur un ensemble de 230 cas, rassemblés par Arnd, et empruntés à différents chirurgiens. Plus récemment, Lövinsohn[2] a publié une statistique plus intéressante, parce qu'elle provient d'une même pratique, de la pratique de M. Czerny, à Heidelberg, de 1878 à 1891. Elle comprend 109 extirpations totales du rectum, avec 10 morts opératoires, soit 9,1 pour 100; et si, de ces 109 malades, on en met de côté 36, opérés, depuis 1886, par la mé-

1. Schéma emprunté au Mémoire de Maass : *Die Amputation des Wirbelkanals zum Behülf des hinteren Bauchhöhlenschnittes (des Cœliectomia posterior). Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Bd 32, 1891, p. 247.

2. Lövinsohn. *Zur Statistik des Rectumcarcinoms. Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd X, 1893, p. 218.

thode sacrée, et dont 7 sont morts, la mortalité tombe à 4.1 pour 100.

C'est le chiffre le plus bas qui ait été publié jusqu'ici (je parle de statistiques un peu étendues). D'ailleurs, ce pourcentage varie énormément, de 25 pour 100 à 4,1 pour 100, dans les diverses statistiques.

Pourquoi? Non seulement parce que la pratique des chirurgiens est différente, et que les séries de cas sont aussi plus ou moins favorables, mais, souvent encore, parce que les chiffres sont trop faibles, et qu'un fait malheureux modifie alors considérablement la moyenne des résultats. C'est pour cela, Messieurs, que les chiffres élevés d'opérations, surtout s'ils émanent d'un même chirurgien, sont les seuls qui puissent étayer des déductions intéressantes.

En somme, ils indiquent une amélioration très accusée du *pronostic immédiat*, et ils donnent au moins ce gage de légitimité aux interventions hardies dont nous parlions, il y a un instant.

Quel est le pronostic lointain? Voilà surtout ce que nous voulons savoir.

Ici, vous trouverez deux éléments d'appréciation. D'abord des faits isolés, rapportés par tel ou tel chirurgien : un opéré, deux opérés, suivis pendant des mois, des années quelquefois, ou revus longtemps après l'intervention, et qui restent guéris. Esmarch a retrouvé indemnes, au bout de 11, 8, 4 et 3 ans, des malades auxquels il avait extirpé le rectum cancéreux. Krause présentait, au Congrès allemand de 1889, trois opérés de Volkmann, qui restaient sans récidive au bout de 6, 8 et 9 ans : chez tous les trois, le péritoine avait été largement ouvert et le sphincter enlevé, aussi avaient-ils tous trois de l'incontinence pour les matières liquides.

Il est donc avéré que des opérés, quelques opérés, ont une longue, très longue survie; dirons-nous une guérison?

Mais quelle est la proportion de ces faits heureux, autrement dit, quelle peut être la moyenne de nos espérances?

Sous ce rapport, les statistiques sont bien rares; elles ne portent naturellement que sur les opérés qui ont pu être suivis ou retrouvés, et le pourcentage se trouve faussé du nombre entier de ceux qui ont été perdus de vue.

Ainsi, sur les 230 cas colligés par Arnd[1], 98 seulement méritent d'être retenus et peuvent servir à l'étude des résultats éloignés; ces

1. Arnd. *Loc. cit.*

98 cas donnent 24,5 pour 100 de guérisons définitives, sous la réserve d'adopter, avec l'auteur, le terme de 4 ans, comme la date ultime, au delà de laquelle la récidive ne se produit pas.

Mais ce terme est loin d'avoir une valeur absolue, vous allez le voir. Dans la statistique de Heidelberg, on voit la récidive survenir à des dates variant de 6 mois 1/2 à 7 ans. On y trouve, en particulier, l'histoire fort curieuse d'un médecin de campagne, auquel M. Czerny extirpa le rectum, et qui continua à exercer sa profession, pendant six ans : il eut alors une récidive et succomba. Voici, d'ailleurs, les résultats fournis par cette série de faits, la plus démonstrative que nous possédions à l'heure actuelle :

Des 99 opérés, guéris de l'opération :

21 ont vécu	2 ans ou plus	21,2 pour 100, puis sont	morts de récidive;
15 —	3 —	15,1 —	—
13 —	4 —	12,1 —	—
8 —	5 —	8,1 —	—

Quatre vivent encore, depuis 13 ans 3/4, 11 ans 1/2, 8 ans 3/4, 6 ans 3/4. La durée moyenne de survie donnée par l'opération, jusqu'à la récidive, a été, par conséquent, de 1 an et 9 mois.

Pardonnez-moi, Messieurs, tous ces chiffres, mais j'ai tenu à fixer nos idées communes par ces données précises, et vraiment le cancer nous réserve tant de déboires et tant de découragements, qu'il est bon de nous rendre un compte exact des bénéfices possibles de notre intervention.

C'est peu, 1 an et 9 mois de survie; mais songez que nous avons affaire au cancer, et à l'un des plus graves. L'anus contre nature ne donne pas des trèves aussi longues. Pourtant nous savons tout ce que nous pouvons attendre de lui. Et vous en avez sous les yeux, salle Lisfranc, un exemple frappant, chez cette vieille femme, maigre, pâle, réduite à l'ombre d'elle-même, qui me fut envoyée en août dernier, à l'Hôtel-Dieu, par M. le Dr Villejean. Elle avait, à la fois, et un énorme cancer végétant du rectum, qui formait un gros champignon bourgeonnant hors de l'anus et remontant si haut, qu'on le retrouvait au palper iliaque, et, dans l'aine gauche, une masse ganglionnaire, ulcérée. Je lui fis un anus de Maydl, elle était mourante, et je fus tout surpris de la voir reprendre un peu de force et d'appétit : il y a de cela dix mois, elle vit toujours, elle souffre peu, en somme, et la semaine dernière, elle nous demandait

à retourner dans son pays. Je crois bien qu'elle n'en aura pas le temps[1], mais l'anus contre nature lui a valu pourtant cette survie prolongée. Les faits de ce genre ne manquent pas.

Mais je ne veux pas discuter les bénéfices comparés de l'anus artificiel et de l'extirpation large, laborieuse, et toujours périlleuse, des cancers haut situés. Mon malade d'aujourd'hui est jeune encore, son néoplasme rectal est très accessible et très mobile : c'est à l'*opération directe* qu'il me semble logique de m'adresser.

Ce qui doit nous préoccuper, c'est de bien faire cette opération, de la réaliser de telle sorte qu'elle puisse rendre tous les services que nous en attendons. Pour cela, deux conditions sont à remplir : 1° *enlever tout*; 2° *préparer pour l'avenir un état physiologique supportable.*

La première nécessité est capitale, c'est vrai; mais l'incontinence continue, *l'anus contre nature à l'anus*, est une infirmité telle qu'il faut tout faire pour l'éviter.

Chez notre malade, le sphincter est intact, et la tumeur ne commence qu'à une certaine distance au-dessus de lui. Cherchons donc à le ménager.

Vous savez, Messieurs, en quoi consiste le procédé de Lisfranc et les procédés secondaires qui dérivent de lui. L'anus est circonscrit par une incision circulaire, et la paroi rectale tout entière est isolée, sur son pourtour, abaissée, sectionnée et affrontée à la peau. La région sphinctérienne est donc emportée tout entière.

Or, nous voulons extirper, par les voies inférieures, le segment cancéreux du rectum, et laisser en place l'anus. Comment ferons-nous?

M. Terrier signalait en 1889, à la Société de chirurgie, deux extirpations de cancers élevés du rectum, dans lesquelles il avait réussi à conserver le sphincter, en opérant à peu près suivant le programme que voici : longue incision de rectotomie postérieure, isolement et section circulaire du rectum au-dessous du néoplasme, abaissement du bout supérieur, seconde section au-dessus du néoplasme, et affrontement du bout rectal à l'anneau sphinctérien, ménagé. La pratique de Kocher[2] est peu différente : il fait une

1. Elle a succombé depuis, un an après l'établissement de l'anus contre nature.

2. Kocher. *Ueber radicale Heilung des Krebses. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Bd XIII. 1880, p. 161.

grande incision postérieure, et, le plus souvent, enlève le coccyx, il isole le rectum sur tout son pourtour, résèque le segment cancéreux, après avoir assuré l'hémostase par une série de ligatures, et réunit le bout supérieur à l'anus.

Voici comment nous allons procéder, et le volume de la tumeur nous permettra, je pense, de mener à bien l'intervention ainsi conduite. Elle n'est autre, du reste, que l'ancien procédé de Dieffenbach[1].

Je fendrai d'abord la commissure postérieure de l'anus jusqu'au coccyx, puis je ferai, sur le devant de l'anus, une incision arquée, parallèle à sa demi-circonférence antérieure, et je fendrai aussi la commissure. J'aurai ainsi deux larges valves ano-sphinctériennes. Deux fils seront passés dans l'épaisseur de chacune d'elles, et permettront de les écarter largement. On obtient de la sorte, et la répétition de l'opération sur le cadavre le montre bien, un jour énorme.

Je sectionnerai la paroi rectale, de chaque côté, en demi-cercle, au niveau du bord supérieur du sphincter interne, après avoir appliqué une série de ligatures hémostatiques, en anses, sur le bout supérieur: cela fait, je décollerai circulairement le segment cancéreux et je l'abaisserai, après avoir largement dépassé la zone affectée : une série de fils, ano-rectaux, en anses, traverseront la paroi du rectum, au-dessus du néoplasme, et viendront se nouer à la peau, en dehors du sphincter, ils serviront de sutures profondes, de fils d'arrêt. Je terminerai par la section circulaire, au-dessus du cancer, et par l'affrontement exact des muqueuses rectale et anale. La suture des deux incisions antérieure et postérieure rendra aux sphincters leur continuité et à l'anus sa forme normale.

Quel sera le résultat de notre intervention, et le prix de nos efforts? Je n'en sais rien, et le pronostic n'est jamais assuré, quand il s'agit de cancer. Mais l'intervention n'est pas plus dangereuse que les autres méthodes, et, de plus, elle permet d'espérer un résultat fonctionnel, qui vaut la peine d'être recherché. C'en est assez, me semble-t-il, pour nous autoriser à la tenter.

1. Dieffenbach. *Die operative Chirurgie.* 1848. Bd II, p. 706.

LA CURE RADICALE DES HÉMÖRRHOIDES

Théories pathogéniques, siège précis des hémorrhoïdes : recherches de Verneuil, Gosselin, Duret, Quénu. — *Le processus variqueux occupe toute l'épaisseur de la muqueuse du canal anal* : examen histologique de muqueuses hémorrhoïdaires extirpées. — Variétés cliniques : nodules hémorrhoïdaires. — Bourrelet externe ou interne. — Bourrelet hémorrhoïdaire total, avec sphincter rigide, avec sphincter flasque. — Indications opératoires. — Opération de Whitehead : historique, technique. — Soins consécutifs. — Résultats.

Messieurs,

S'il est une affection chirurgicale dont l'histoire ait subi le contre-coup des théories médicales, c'est bien la « maladie hémorrhoïdaire ». Les uns, avec Stahl, en ont fait une sorte de diathèse, un émonctoire utile, presque physiologique, et je ne sais quelle menstruation virile. Le type de l'hémorrhoïdaire avait sa place à part parmi les grands types morbides : « il est grand, plutôt maigre que gros ; il a le teint plombé et jaunâtre ; de grosses veines serpentent sur ses bras, ses mains, ses jambes et ses pieds ; il a les cheveux noirs ; un feu sombre anime ses regards ; il est brusque, emporté, indifférent sur le choix des aliments, souvent tourmenté de flatuosité, et presque toujours constipé. C'est le portrait du bilieux mélancolique[1] ».

D'autres, les mécanicistes, donnaient, des varices ano-rectales, une formule autrement simple ; la stase expliquait tout ; « l'obstruction du foie est aux veines hémorrhoïdales, écrit J.-L. Petit, ce que les jarretières trop serrées sont aux veines des jambes, et ce que la ligature est à la saignée ». Le traitement devait naturellement se conformer à ces conceptions pathogéniques.

Eh bien ! Messieurs, sans oublier les hémorrhoïdes secondaires, sans méconnaître le rôle des obstacles à la circulation porte, il me semble que, sous sa forme courante, l'affection est à la fois plus

1. Montègre. *Dict. des Sc. médic.* T. XX. *Art. Hémorrhoïdes.*

complexe et moins générale. Quelle est donc la nature réelle des hémorrhoïdes? Quelles en sont les variétés anatomiques et cliniques? La réponse à ces deux questions pourra seule servir de base aux indications thérapeutiques.

Varices ano-rectales, c'est bientôt dit : une étude anatomique précise est moins facile à faire. Allingham ne décrit-il pas encore des hémorrhoïdes capillaires, artérielles et veineuses. Les premières sont formées d'un chevelu de capillaires, qui s'assemblent en aigrettes ou se groupent en glomérules polypeux, et figurent parfois une sorte de feutrage érectile; les secondes contiennent du sang rouge et donnent un jet lorsqu'on les ouvre. Chez certains malades, qui perdaient du sang en abondance, on aurait même pu découvrir et lier l'artère érodée qui fournissait l'écoulement: et les paquets variqueux ne seraient, assez souvent, que des plexus artério-veineux, rappelant un peu l'aspect et la structure des anévrysmes cirsoïdes.

Tout cela est bien exact; et se vérifie en clinique; mais il n'y a là que des formes, que des aspects particuliers du *processus de dilatation vasculaire, qui envahit toute la muqueuse ano-rectale* chez les hémorrhoïdaires.

C'est à mon éminent maître, M. le professeur Verneuil, que revient le mérite d'avoir démontré, par des recherches précises, en 1855, la nature veineuse et la topographie exacte des hémorrhoïdes[1]. En injectant la veine petite mésaraïque, il remplit tout le plexus hémorrhoïdal; en injectant l'artère mésentérique inférieure et les artères de bassin, il n'obtint aucun résultat; et de même, l'injection poussée par la veine dorsale de la verge ou par toute autre branche tributaire de l'hypogastrique, ne pénétra jamais jusque dans les bosselures veineuses. Les hémorrhoïdes étaient donc développées sur les veines du territoire porte; c'étaient des varices des veines hémorrhoïdales supérieures.

Gosselin[2], un peu plus tard, devait confirmer ces premières données; sur le cadavre d'un homme de 62 ans, vieil hémorrhoïdaire, il constata, de son côté, que les hémorrhoïdes externes étaient en continuité avec les veines hémorrhoïdales inférieures.

1. Verneuil. *Anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Société anatomique*, 1855. T. XXX, p. 175-177 et 191.
2. Gosselin. *Leçons sur les hémorroïdes*, 1866.

et les internes, avec les terminaisons de la petite mésaraïque, et qu'aucune anastomose ne semblait relier l'un à l'autre les deux groupes.

Ces travaux ont servi de point de départ aux recherches de M. Duret[1], dont les conclusions, partout reproduites, ont encore, en quelque sorte, force de loi : et le schéma, qui les résume, est si simple et si séduisant, qu'on regrette presque qu'il ne représente pas complètement la réalité.

Vous le connaissez. — Sous la muqueuse rectale, on voit descendre une série de longues veines, ramifications terminales de la petite mésaraïque, qui, à la hauteur du sphincter interne, finissent par autant d'ampoules arrondies; ces ampoules, qu'on trouverait déjà chez le tout jeune enfant, sont l'origine des bosselures hémorrhoïdaires. Pour le reste du canal anal, le système veineux est tributaire des veines hémorrhoïdales inférieures et externes, autrement dit, des veines hypogastriques et de la veine cave. Or, et c'est là le point capital, *toutes les anastomoses*, qui relient les ampoules sous-muqueuses, d'origine porte, aux veines extra-sphinctériennes, d'origine cave, *doivent traverser la double barrière des sphincters*. Et de là, une pathogénie et une méthode thérapeutique toutes trouvées. Supposez un effort, un effort de défécation, par exemple : la presse abdominale arrête l'ascension du sang dans les branches avalvulaires de la veine porte, la stase distend les veines sous-muqueuses du rectum et ces ampoules sous-sphinctériennes qui les terminent, pendant que le sphincter contracté ferme toute voie d'échappement. Sous une pareille expansion, maintes fois renouvelée, on comprend que les parois veineuses perdent vite leur élasticité, et que les dilatations variqueuses se développent et s'accroissent. On comprend, de même, que la contracture sphinctérienne entraîne la congestion hémorrhoïdaire et toutes ses conséquences. Ceci posé, le remède est tout indiqué : il faut faire tomber cette contracture en dilatant le sphincter.

Telle est l'origine, et la théorie de cette méthode, qui, utilisée par Récamier dans la fissure à l'anus, a été appliquée aux hémorrhoïdes par Gayet (de Lyon), par Fontan, et surtout par notre éminent maître Verneuil : méthode heureuse, facile, inoffensive.

1. Duret. *Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes*, *Archives gén. de méd.*, déc. 1879 et juin 1880.

qui produit un soulagement immédiat et fait tomber les phénomènes aigus, mais, qui, par sa nature même, n'ayant pour but et pour raison d'être que de parer à des accidents de contracture sphinctérienne et de congestion passagère, ne saurait passer pour une cure définitive et radicale. Nous allons y revenir.

Mais je tiens à dire tout de suite que, à mon avis, on aurait tort d'opposer à la cure radicale des hémorrhoïdes, à *l'extirpation totale de la muqueuse hémorroïdaire*, telle que nous l'exposerons plus loin, la dilatation forcée de l'anus, qui est, et ne peut être qu'une excellente méthode palliative. D'ailleurs, les données anatomiques, sur lesquelles elle repose et que je vous rapportais tout à l'heure, n'ont pas été confirmées de tout point par des recherches plus récentes. M. Quénu[1], s'appuyant sur le résultat d'injections pratiquées sur 25 sujets, hommes et femmes, a montré que les terminaisons de la petite mésaraïque se prolongent, en réalité, jusqu'au pourtour de l'anus, et qu'elles s'unissent aux veines hémorrhoïdales externes et inférieures, par des anastomoses sous-sphinctériennes, toujours libres et perméables; et voici sa conclusion : « La multiplicité de toutes ces voies anatomiques et leur importance réelle nous permettent d'admettre, qu'en cas de gêne circulatoire limitée au système porte, en cas d'une compression intra-abdominale, par exemple, *les voies d'échappement ne manquent pas au sang des hémorrhoïdales supérieures.* » Voilà donc renversée la théorie du barrage sphinctérien.

De fait, Messieurs, cette ordonnance vasculaire, si méthodique, si bien réglée, et toute faite, semble-t-il, pour étayer les déductions physiologiques, ne se trouve guère sur une muqueuse anale, hémorrhoïdaire, totalement injectée : on n'y voit, en général, qu'un épais lacis de vaisseaux, qui se détachent à la surface, sous forme de touffes polypeuses, qui infiltrent toute l'épaisseur de la membrane, la couche sous-muqueuse, les sphincters eux-mêmes; il arrive souvent que le liquide, poussé par les veines, remplisse les artères, montrant bien que la distension s'est étendue aux capillaires et aux artérioles. Voilà l'explication de ces tumeurs artério-veineuses, autrefois décrites, de ces hémorrhoïdes capil-

1. Quénu. *Étude sur les veines du rectum et de l'anus chez l'homme. Soc. anat.*, juillet 1892.

laires et artérielles, qui figurent encore dans les classifications : voilà pourquoi il arrive souvent qu'on sente battre une artère dans le pédicule d'un paquet hémorrhoïdal, ou qu'à la coupe d'une hémorrhoïde du sang rutilant s'échappe en jet.

Cela se vérifie mieux encore sur le vivant, au cours de l'extirpation de la muqueuse anale, de l'opération de Whitehead. Je vous ai fait remarquer, à plusieurs reprises, *dans l'épaisseur et à la face externe de la muqueuse* que nous décollions, *de multiples bosselures; de petits kystes sanguins, qui la tapissaient tout entière, et se prolongeaient entre les fibres voisines des sphincters.*

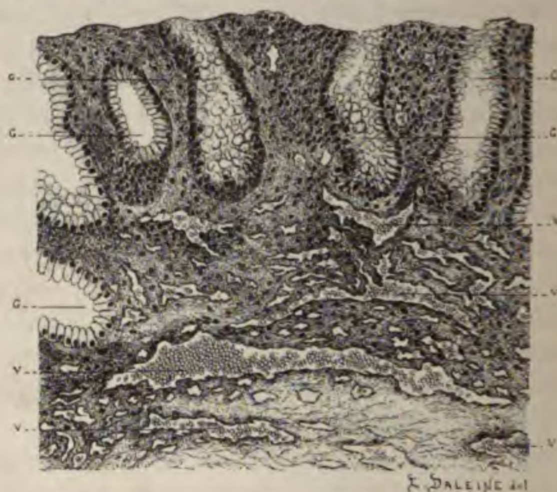


Fig. 98. — Coupe d'une muqueuse anale hémorroïdaire. — GG. Culs-de-sac glandulaires. — VV. Lacs sanguins disséminés dans toute l'épaisseur de la muqueuse et jusque dans les couches profondes de l'épithélium.

Une coupe de cette muqueuse hémorrhoïdaire suffit à démontrer combien les dilatations vasculaires y sont disséminées; vous pouvez vous en rendre compte sur cette coupe que je vous présente, et qui a été pratiquée par M. Guillemot.

Vous voyez que les *aréoles vasculaires infiltrent toute l'épaisseur de la membrane et qu'on en trouve même au-dessous de l'épithélium et au milieu de ses couches profondes.* En résumé, la muqueuse anale est *tout entière* malade; la supprimer *tout entière* est le seul moyen, lorsque le processus en est arrivé à ce degré d'extension, de se mettre en garde contre la récidive.

Je me garderai bien d'être exclusif, et je m'empresse d'ajoute

que l'étude des différentes formes cliniques permet seule de dégager les véritables indications opératoires.

En clinique, vous savez qu'une division fort ancienne, puisqu'elle remonte à Avicenne, départage en deux groupes les hémorrhoïdes : les hémorrhoïdes externes occupent la marge de l'anus, et sont apparentes dès le début; les hémorrhoïdes internes naissent sur les parois du canal anal, et spécialement à la hauteur du sphincter interne. Elles restent cachées durant un temps plus ou moins long, et n'apparaissent au dehors que pendant les efforts; par cela même, elles sont susceptibles, lorsqu'elles ont acquis un gros volume, de se hernier brusquement et de s'étrangler, entre les lèvres contracturées du sphincter. A une période plus avancée, les deux variétés coexistent, et c'est un double bourrelet concentrique que l'on voit pendre à l'anus. Ne pourrait-on même se demander, *si les hémorrhoïdes externes ne s'accompagnent pas toujours d'hémorrhoïdes internes*, encore peu développées, souvent, mais toutes prêtes à grossir? Et serait-il contraire aux faits, d'appliquer aux hémorrhoïdes la loi d'évolution, bien démontrée, des varices du membre inférieur : il y a des varices profondes, sans varices superficielles; il n'y a pas de varices superficielles, sans varices profondes : c'est par les veines profondes que débute le processus de dilatation variqueuse. Peut-être des rapports du même genre existent-ils entre les deux groupes d'hémorrhoïdes : l'examen soigneux de toute la hauteur de la région sphinctérienne du rectum, chez les malades qui ne souffrent encore que d'hémorrhoïdes externes, vous en fournira souvent la preuve.

Toujours est-il que, dans une première variété clinique, une variété banale et toute bénigne, en apparence, les hémorrhoïdes se présentent sous la forme d'*un simple bourrelet externe*, ou d'un demi-bourrelet, ou même d'une ou deux bosselures, qui dessinent leur relief bleuâtre sous la peau de la marge. Hormis certaines périodes, régulières parfois, certaines crises congestives, le malade en souffre à peine; et pourtant il n'est pas rare que ces petites hémorrhoïdes deviennent le point de départ d'accidents fort douloureux, fort tenaces, et dont la nature réelle échappe aisément. Je veux parler de *la fissure*, et des *ulcérations hémorrhoïdaires*.

Un vigoureux jeune homme entrait salle Michon, il y a quelques

jours, se plaignant de souffrir atrocement à chaque garde-robe, qui était suivie d'un notable écoulement sanguin : ces douleurs avaient le caractère de violentes épreintes, elles duraient pendant la défécation et se prolongeaient 20 à 25 minutes, quelquefois plus : il n'y avait donc pas, comme dans la fissure anale classique, un temps d'arrêt, une pause, entre la défécation et l'apparition des souffrances. A l'examen de l'anus, nous avons trouvé, sur le côté gauche de la marge, une bosselure violacée, grosse comme une noisette, tendue, et, sur sa face interne, à cheval sur le rebord de l'orifice anal, une fente allongée, étroite, saignante ; j'ajoute que la contracture sphinctérienne était telle, que tout essai de toucher rectal était matériellement impossible ; l'exploration extérieure ne laissait pas que d'être elle-même extrêmement pénible. Il y avait donc là une fissure hémorrhoïdaire. La dilatation anale, sous le chloroforme, et la cautérisation de la petite surface ulcérée firent cesser les douleurs et amenèrent une guérison rapide.

Ces fissures, ces ulcérations, demandent à être recherchées avec soin. Dans un mémoire de 1892, M. Quénu[1] a insisté sur ces *ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus* : il a montré que ces ulcères variqueux pouvaient occuper la traversée sphinctérienne, ou siéger plus haut, sur la muqueuse rectale proprement dite ; qu'ils revêtent assez souvent le caractère des ulcères irritables, et que, avec les douleurs, ils provoquent des hémorrhagies, graves parfois par leur répétition, et dont la cause peut rester méconnue. C'est là un point de pratique, dont vous comprenez toute l'importance.

Je passe, et je viens au type le plus ordinaire des hémorrhoïdes, aux hémorrhoïdes *à double bourrelet*, telles qu'elles existent chez nos deux malades d'aujourd'hui, avec une différence, pourtant, sur laquelle je vais insister.

Le premier est un cocher de 47 ans, bien bâti, vigoureux, mais qui a, pour ainsi dire, toujours souffert de l'anus. Dès son enfance, dès l'âge de 7 ans, nous dit-il, il était constipé, il souffrait au moment des garde-robes, et perdait fréquemment du sang. Avec des alternatives de mieux et de pire, il conserve depuis lors son infirmité ; mais le paquet hémorrhoïdal grossissait de plus en plus, les crises de congestion se succédaient, la marche, la station assise,

1. Quénu. *Études sur les hémorrhoïdes. Des ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus. Revue de chirurgie.* T. XII, 1892, p. 981.

le travail étaient également pénibles; et, en 1887, le malade se décidait à entrer dans l'un des services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour se faire opérer. On pratiqua l'extirpation du bourrelet hémorrhoïdal, avec l'anse galvano-caustique. Le soulagement fut très marqué, et persista deux ans. Notre homme se croyait guéri, lorsqu'au bout de cette assez longue trêve, les mêmes accidents, douleurs, hémorrhagies, gêne de la défécation, de la marche, du travail, reparurent : le bourrelet s'était reproduit, plus volumineux qu'avant l'intervention. Aujourd'hui, il dessine à l'anus, une double couronne, très volumineuse, gonflée, tendue, qu'aucune pression ne réduit : les hémorrhoïdes internes, procidentes, ne se laissent refouler qu'avec beaucoup de peine et partiellement dans le conduit anal, et le petit doigt, qui seul peut y pénétrer, constatent qu'elles remontent très haut. *Le sphincter est très rigide*, et ne se laisse franchir qu'avec la plus grande difficulté.

Il en va tout autrement chez notre second hémorrhoïdaire : chez lui, *l'anus est béant, flasque*, et laisse procider un énorme paquet de veines bleuâtres; dans les efforts, la muqueuse s'affaisse aussi, et l'on voit s'esquisser *un léger degré de prolapsus*.

Chez cet homme, âgé de 35 ans, les accidents hémorrhoïdaires datent de 2 ans; mais les pertes de sang, répétées presque à chaque selle, quelquefois notables, ont été suivies d'un état d'anémie et d'affaiblissement très marqué. Il est maigre, pâle, de teint jaunâtre; bien que l'appétit soit conservé, il sent chaque jour dépérir ses forces, et, depuis six mois, nous dit-il, son poids a diminué de 5 kilos. Son aspect est si misérable, que nous avons cru tout d'abord à l'existence d'un néoplasme rectal, et d'hémorrhoïdes symptomatiques, mais le toucher rectal n'a révélé aucune espèce de tumeur, l'exploration de l'abdomen, l'examen des divers organes, n'ont fait découvrir aucune tare. C'est un exemple, et très frappant, d'*anémie hémorrhoïdaire*.

Vous savez, du reste, que les cas de ce genre sont loin d'être exceptionnels : Trélat[1] rapporte l'histoire de plusieurs malades que des hémorrhagies répétées, d'origine hémorrhoïdaire, avaient jetés dans un état d'anémie grave : l'un d'eux ne pouvait se tenir debout; on pratiqua la dilatation de l'anus, et, au cours de l'opération, il eut une syncope, dont on eut beaucoup de peine à le faire sortir.

1. Trélat. *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 319. Anémie hémorrhoïdaire, dilatation forcée de l'anus.

Vous trouverez encore, dans le *Traité de chirurgie clinique*, de M. le professeur Tillaux, l'observation d'un jeune homme, chez lequel l'anémie hémorrhoïdaire avait revêtu des proportions si inquiétantes, qu'on hésitait à intervenir. En déroulant le paquet hémorrhoïdaire, M. Tillaux découvrit une artère, qui saignait en jet, et qu'il dut lier.

Notre malade n'était point, il faut le dire, aussi profondément affaibli : l'extirpation totale était encore praticable chez lui, sans témérité, et, de fait, il l'a fort bien supportée. Je tiens seulement à vous faire remarquer l'atonie du sphincter que nous observions ici. Vous verrez souvent, chez les vieux hémorrhoïdaires, une véritable *atrophie sphinctérienne*, entraînant l'incontinence fécale et le prolapsus; mais l'âge de notre patient, et l'âge de ses hémorrhoïdes, si je puis dire (il n'en souffre que depuis deux ans), nous prouvent que l'accident n'est pas particulier au vieillard.

Il y a donc lieu de distinguer, et nos deux malades nous serviront d'exemple : le bourrelet hémorrhoïdal total (hémorrhoïdes internes et externes combinées) *avec sphincter rigide*; le bourrelet hémorrhoïdal total, *avec sphincter flasque*. Dans ce dernier cas, que devient la théorie de la stase hémorrhoïdaire, par contracture sphinctérienne, par barrage sphinctérien? Et la dilatation forcée ne devrait-elle pas être remplacée par une méthode inverse, s'il était possible?

Il est bien certain, Messieurs, qu'en présence d'hémorrhoïdes externes, peu développées, ou du moins bien circonscrites, vous n'allez pas recourir à une intervention large : vous n'avez que le choix des procédés, et je me dispenserai de vous en faire l'énumération. Pour moi, j'ai vu pratiquer bien souvent la ligature élastique, et la volatilisation par la pince-cautère écrasante du professeur Richet; je n'ai jamais suivi, pour ma part, ni l'une ni l'autre méthode; car j'ai vu les malades souffrir beaucoup, après la ligature élastique, et la pince-cautère brûle souvent la fesse. J'ai souvenir d'un monsieur, opéré de la sorte, qui était guéri depuis plusieurs semaines de son anus, alors qu'il souffrait encore de sa fesse, et il s'étonnait de ce mal imprévu. Faute de technique, bien évidemment, et personne ne niera la grande puissance destructive de l'instrument de M. Richet.

On fait une besogne plus régulière, il me semble, en procédant

comme il suit, et maintes fois, nous avons appliqué ici ce très vieux procédé : saisir l'hémorrhoïde avec une pince tire-balle, passer, à sa base, une forte soie double, faire une double ligature enchaînée, et, au-dessous, sectionner au thermo-cautère; s'il s'agit d'un bourrelet, une série de fils en anses sont passés, à sa base, croisés deux à deux et liés en couronne. Ce procédé, fort ancien, a été de nouveau étudié par M. Kiriac[1]. Toujours est-il qu'il est d'application simple et bénigne : au bout d'une quinzaine de jours, les fils et les petites eschares sont tombés, et les petites surfaces granuleuses, qu'elles laissent au-dessous d'elles, achèvent de se cicatriser.

Pour les hémorrhoïdes internes, la ligature en chaîne est moins aisée, et l'opération doit toujours être incomplète : les récidives suffisent d'ailleurs, à le démontrer. On ne peut saisir, lier et réséquer, en effet, que les hémorrhoïdes saillantes : or, je le répète, le processus variqueux est étendu à toute la muqueuse du conduit anal.

Aussi, lorsque le bourrelet est considérable, lorsque, en le dépliant, on découvre, entre les bosselures, une membrane violacée, semée d'arborisations et d'aigrettes veineuses, la méthode de choix, c'est *l'extirpation totale* : elle seule doit être tenue pour une cure radicale. Ici, pour les varices ano-rectales, elle est beaucoup plus rationnelle que pour les varices du membre inférieur. On excise un segment de la saphène, c'est bien; mais on ne sait quel est l'état de la paroi veineuse, au-dessus et au-dessous, celui des veines profondes, etc., et toute l'idée thérapeutique repose sur cette hypothèse, que la résection d'un segment de tronc veineux retentira sur la circulation veineuse de tout le membre. Les hémorrhoïdes, au contraire, occupent une région bien limitée, celle du conduit anal, et tout entière accessible.

Telle est la méthode, à laquelle on s'accorde à donner le nom de Whitehead. Faire une incision circulaire, entre peau et muqueuse, à la marge de l'anus; décoller la muqueuse hémorrhoïdaire sur toute la hauteur du conduit anal, l'abaisser, la réséquer, et suturer à la peau la muqueuse sus-jacente, qui, ainsi tirée par en bas, vient recouvrir la face interne des sphincters et *forme à l'anus une paroi nouvelle* : telles en sont les grandes lignes.

1. Kiriac. Traitement des hémorrhoïdes internes par la ligature. *Archives roumaines de méd. et de chir.*, 1888, n° 6

L'idée en est, sans doute, ancienne : Hippocrate[1] ne parle-t-il pas déjà d'extirper les hémorrhoïdes? Cooper avait fait, dans le même sens, quelques tentatives sans succès. Ce fut en 1882, que Whitehead, de Manchester[2], publia pour la première fois sa méthode opératoire; en 1887[3], il annonçait plus de 300 faits, sans une mort, et sans hémorrhagie secondaire. « Je n'ai pas observé non plus, ajoutait-il, d'ulcération, d'abcès, de sténose consécutive de l'orifice anal, ni d'incontinence des matières fécales. » Son exemple fut suivi par un certain nombre de chirurgiens anglais et américains, tels que Penrose[4], Pilcher[5], Lange (de New-York), Thompson[6] : plusieurs d'entre eux avaient déjà recours à une pratique semblable. — Paul Sendler (de Magdebourg)[7] employait aussi, depuis plusieurs années, un procédé analogue, et il cite des observations, choisies parmi les cas les plus complexes.

En France, M. Delorme a été le premier à suivre la technique de Whitehead, et la thèse de son élève, M. Martin[8], renferme 11 observations émanant de la Clinique chirurgicale du Val-de-Grâce; MM. Reclus et Quénu ont modifié, chacun de leur côté, la méthode primitive.

J'ai pratiqué dix fois l'opération de Whitehead, et j'y aurai recours encore, chez notre malade. Voici quel sera, dans ses détails, notre procédé opératoire.

Notre homme a été purgé à deux reprises, ces jours derniers : il est important d'obtenir une vacuité aussi complète que possible de l'intestin, pour permettre la constipation prolongée, qui est de rigueur après l'opération. L'opéré sera placé dans la position de la taille : comme le sphincter est rigide, le premier temps devra con-

1. Il ajoute : « Cela n'est pas plus difficile que de faire cheminer le doigt entre la peau et la chair du mouton qu'on écorche; opérez tout en causant et sans prévenir de ce que vous faites. »
2. *British medical Journal*, 1882.
3. *British medical Journal*, 1887.
4. Penrose. — *Excision of Hemorrhoïds. Medical and surgical Reporter*, 1890, n° 13, p. 422.
5. Pilcher. *On the pathology and treatment of aggravated hemorrhoïds. Annals of Surgery*. T, XI, 1891, p. 319-328.
6. S. Thompson. *Whitehead's operation for hæmorrhoïds, considered from an anatomical standpoint. Medical Chronicle*, août 1895.
7. P. Sandler. *Zur operativen Behandlung der Hæmorrhoïdalknoten Centralblatt für Chirurgie*, 26 août 1895, n° 34.
8. Martin. *Contrib. à l'étude du traitement des Hémorrhoïdes (procédé Whitehead-Delorme). Thèse doct.*, 1895.

sister dans la dilatation de l'anus. Une fois la barrière anale forcée, les hémorrhoïdes internes prolabent, et l'on est toujours étonné de leur volume, que l'exploration extérieure ne révélait qu'en partie La muqueuse est alors saisie avec quatre pinces tire-balles, et le bistouri dessine, sur le pourtour de l'orifice, aux confins de la muqueuse et de la peau, une incision circulaire, qu'il ne faut pas craindre, en général, de laisser empiéter un peu sur la peau de la marge.

Par cette voie ouverte, le doigt pénètre dans la couche sous-muqueuse, lâche, zone décollable, qui sépare la membrane des deux sphincters : la dissection est, d'ordinaire, facile, et se poursuit, sans grand'peine, jusqu'au bord supérieur du sphincter interne, et même au-dessus. La présence même des varices hémorrhoïdales ne contribue-t-elle pas à donner une laxité toute spéciale à ce plan sous-muqueux, et n'a-t-on pas décrit, autour de ces hémorrhoïdes, de véritables bourses séreuses? Toujours est-il que le conduit anal se dépouille aisément de sa muqueuse, qui, tendue par les pinces, se présente alors comme un manchon cylindrique, qui s'abaisse et s'étire hors de l'anus : deux incisions verticales, antérieure et postérieure, la divisent en deux segments latéraux, et l'on commence la suture muco-cutanée.

Il est utile de placer, tout de suite, *deux fils commissuraux*, en avant et en arrière, un peu au-dessus du sommet des deux fentes verticales : ils servent de fils fixateurs. Le choix reste à faire, pour le dernier temps, entre deux procédés : sectionner les deux lambeaux de muqueuse au ras de l'anus, et suffisamment au-dessus de la zone variqueuse, et les réunir à la peau par une série de points séparés : ou bien ne faire la section que peu à peu, progressivement, et suturer à mesure, d'avant en arrière, la muqueuse à la peau. Nous avons adopté, dans nos six dernières opérations, cette façon de faire, qui nous a semblé plus rapide et moins sanglante : de fait, les vaisseaux ouverts sont aussitôt enserrés et fermés par la suture, et l'on n'a presque rien à lier. Un détail de technique est pourtant à retenir : c'est de faire la section bien régulière et bien droite, pour éviter ces festons de muqueuse qui donnent au nouvel orifice un aspect irrégulier. L'opération terminée, le conduit anal est *tapissé à neuf*, si je puis dire, et la muqueuse malade tout entière extirpée.

J'ai déjà dit qu'il était indispensable d'éviter les garde-robes

durant les dix ou douze premiers jours : nous nous sommes servis jusqu'ici de l'opium, à doses croissantes de 10 à 15 centigrammes par jour; M. Delorme préfère le laudanum[1]. Cette constipation, à part quelques douleurs de ventre dans les premiers jours, est d'ordinaire bien supportée : il est tout aussi important de surveiller les premières selles, et d'éviter une brusque et abondante débâcle. Dans ce but, nous faisons donner à l'opéré, vers le 12e jour, de l'huile de ricin, par cuillerées à café, à la dose de cinq à six dans la journée, suivant une méthode, que je tiens de mon maître Verneuil et dont j'ai déjà eu l'ocasion de vous entretenir. Les garde-robes se font ainsi sans douleur et sans dommage.

Chez mes dix opérés, je n'ai relevé, du reste, aucune espèce d'accident : à part quelques coliques, un peu de ballonnement, dans les premiers jours, la constipation est bien supportée et la guérison se fait régulièrement. La sortie de l'hôpital a eu lieu, pour mes dix malades, du 20e au 25e jour. Il arrive assez souvent que la réunion muco-cutanée ne soit pas absolument complète : un ou deux fils « coupent » et laissent, à leur place, une petite plaque granuleuse, qui ne tarde pas à se cicatriser elle-même. Cela n'est que peu important pour le résultat définitif : chez mes opérés, au moment de leur sortie, l'anus était normal, tapissé d'une muqueuse intacte, et les sphincters avaient recouvré toute leur tonicité. Je les ai tous revus, et j'ai pu m'assurer que la guérison se maintenait, du moins jusqu'ici : l'un d'eux est opéré depuis 11 mois; un autre, depuis 5 mois; trois, depuis 7 à 8 mois; les derniers, depuis 3 et 4 mois. Comme je vous l'ai déjà dit, plusieurs avaient déjà subi d'autres interventions, telles que la dilatation forcée de l'anus, la cautérisation galvanique, etc., interventions qui avaient dû cependant être aussi régulières et aussi complètes que possible, si l'on en juge par le nom des opérateurs.

L'avenir seul pourra dire, bien entendu, si l'extirpation totale tient toutes ses promesses; mais ces quelques faits d'expérience commune suffiront à nous montrer le peu de valeur de quelques-unes des objections tout d'abord opposées à la méthode. On lui

1. Delorme. *Sur les effets de la constipation des opérés, et sur leur alimentation pendant la durée de leur constipation. Soc. de chirurgie*, 23 mai, et *Gazette des hôpitaux*, 2 juin 1894.

a surtout reproché trois choses : 1° d'être très sanglante ; 2° d'affaiblir les sphincters ; 3° d'exposer au rétrécissement cicatriciel, à l'anus.

De fait, lorsqu'on porte le bistouri sur cette région gorgée de sang et boursouflée de varices, on s'attend à une hémorrhagie abondante, et l'on est tout étonné qu'en réalité « cela saigne peu ». Si l'incision péri-anale intéresse bien le limbe muco-cutané ou même porte un peu en dehors, si le doigt pénètre bien *dans la couche celluleuse et décollable*, on déchire peu de vaisseaux. Les grosses bosselures hémorrhoïdaires, elles-mêmes, saignent peu : les ouvre-t-on, elles se vident de leur contenu, puis leur paroi s'affaisse. Ce ne sont pas les veines, quels que soient leur aspect et leur volume qui donnent le plus de sang, au cours de cette dissection de la muqueuse ano-rectale, mais plutôt les artères, en général très développées aussi, qui sillonnent la face externe de la membrane et la couche sous-muqueuse. Si l'on pratique la section circulaire du manchon muqueux, décollé, avant de commencer les sutures muco-cutanées, on est obligé, d'ordinaire, de pincer un assez grand nombre de ces vaisseaux, et ce temps ne laisse pas que d'être sanglant ; c'est pour cela que nous avons adopté la technique précédemment indiquée : division de la muqueuse, par deux fentes verticales, en deux lambeaux latéraux, section progressive, à petits coups, par entailles de 1 centimètre, à mesure qu'on réunit : de la sorte, on perd très peu de sang et l'on fait très peu de ligatures.

Quant aux sphincters, il est facile de les respecter, et la meilleure précaution à prendre, c'est d'aller tout de suite, une fois l'incision péri-anale pratiquée, à la recherche du sphincter externe : on trouve ses fibres demi-elliptiques, souvent pâles, appliquées à la face profonde de la muqueuse, et d'un isolement quelquefois minutieux : au-dessus, le décollement se poursuit sans le moindre obstacle. La dilatation forcée de l'anus, qui est, le plus souvent, un temps préliminaire indispensable, laisse bien, à sa suite, une légère parésie sphinctérienne ; mais, en général, après la période de constipation de dix à douze jours, la tonicité est revenue, et l'incontinence partielle, si elle existe, dure très peu.

Enfin, si la réunion réussit, au moins en grande partie, on ne voit pas ce qui pourrait produire le rétrécissement de l'anus, et cette réunion presque totale est la règle. Sans doute, au niveau des points qui manquent et des petites surfaces bourgeonnantes qui en

résultent, la cicatrisation se fait par seconde intention et crée des petits îlots fibreux, rétractiles, mais qui ne sauraient en aucune façon resserrer l'orifice lui-même. Du reste, chez les opérés qui ont guéri de la sorte, l'anus, examiné au bout de plusieurs mois, est parfaitement souple et dilatable. L'échec total de la réunion muco-cutanée, ou le sphacèle circulaire de la muqueuse entraîneraient seule un pareil accident : Whitehead déclare que, sur 300 cas, il ne l'a jamais observé. Ajoutons qu'il se rencontre quelquefois, à la suite de la cure des hémorrhoïdes, par la cautérisation ignée, et, tout récemment, nous en avons vu un exemple.

Une dernière question resterait à résoudre; après l'opération de Whitehead, *la cure est-elle vraiment radicale*? La récidive ne s'observe-t-elle pas, quoique tardivement? Et le processus variqueux ne peut-il reprendre, après une trêve de durée plus ou moins longue, son évolution, et envahir, à son tour, la nouvelle muqueuse dont on a recouvert le conduit ano-rectal? Des faits longuement suivis permettront seuls de répondre : un grand nombre ont été fournis déjà par Whitehead et ses imitateurs. Toujours est-il qu'une méthode, qui supprime tout entière la muqueuse malade, est celle qui, de toute évidence, donne les meilleures garanties d'une guérison définitive.

Je vous ai déjà dit, que le procédé de Whitehead, proprement dit, que M. Delorme a suivi dans sa teneur initiale, avait été modifié par MM. Reclus et Quénu, dans un but de simplification. M. Quénu isole la muqueuse ano-rectale jusqu'au-dessus du sphincter interne; mais, ce premier temps accompli, il ne résèque pas le cylindre ainsi décollé : il se contente d'exciser, à sa face externe, toutes les bosselures hémorrhoïdaires, de le parer, de l'écrêper en quelque sorte, et, cela fait, il rabat la muqueuse sur les sphincters, et suture. — M. Reclus, pour mieux prévenir toute rétraction cicatricielle, s'attache à conserver, en avant et en arrière de l'anus, une bandelette de muqueuse; il saisit donc, avec une pince, sur chacun des côtés de l'anus, les paquets hémorrhoïdaires, les soulève, les sectionne, à leur base, d'un coup de ciseaux, et réunit les deux lèvres de la perte de substance qui en résulte. Les communications de MM. Quénu et Reclus, les thèses de leurs élèves Delestang[1] et

1. Delestang. *Du choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorrhoïdes* (procédé de M. le Dr Quénu). Th. doct. 1894.

Meesemaecker[1], ne laissent aucun doute sur les bons résultats qu'ils ont obtenus.

Pourtant, nous nous adresserons, chez notre malade, comme chez nos neuf premiers opérés, à l'extirpation totale de la muqueuse hémorrhoïdaire, à la méthode de Whitehead, proprement dite. Dans les formes invétérées, où l'ectasie variqueuse est étendue à tout le système veineux du conduit anal, il semble bien difficile, si l'on n'excise pas *la muqueuse tout entière et dans toute son épaisseur*, de ne pas laisser dans la place les éléments d'une récidive rapide. N'avons-nous pas vu que les ectasies vasculaires se rencontrent, en pareil cas, jusque dans les couches superficielles de la muqueuse, et au-dessous de l'épithélium (Fig. 98).

Nous ne dirons pas : il n'y a plus qu'un traitement des hémorrhoïdes, l'opération de Whitehead. Non; la ligature en chaîne suivie d'excision au thermo-cautère, la volatilisation, l'extirpation sanglante et partielle, conviennent et suffisent à telle ou telle des formes cliniques dont je vous ai plus haut donné des exemples; mais, lorsque le processus est ancien, généralisé à toute la hauteur du conduit anal, à toute l'épaisseur de la muqueuse, la méthode de Whitehead, méthode simple et inoffensive, en somme, est la seule qui mérite le nom de cure radicale.

1. MEESEMAECKER. *Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes, et en particulier de l'extirpation suivie de suture.* Th. doct., 1893.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

I

LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE

L'injection iodée et la cure radicale : querelle déjà vieille. — Accidents opératoires. — Résultats lointains : bénignité de la symphyse vagino-testiculaire. — Proportion des récidives. — La cure radicale permet seule d'agir sur les lésions causales de l'hydrocèle et d'en révéler certaines formes anormales ; exemples : trajets de hernies congénitales derrière de grosses hydrocèles. — Gros kystes du cordon. — Corps étrangers de la vaginale. — Albuginite chronique, etc. — Technique. — Excision partielle ou totale.

Messieurs,

Je ne veux pas rouvrir devant vous un débat épuisé, je ne veux pas discuter à nouveau, d'après des arguments maintes fois exposés et sur des chiffres toujours les mêmes, les mérites respectifs de l'injection iodée et de la cure radicale. Mais vous m'avez vu, depuis le commencement de l'année, soumettre toutes les hydrocèles, sans exception, au traitement sanglant, à l'incision : je tiens à vous donner les raisons de ma pratique.

Je ne formulerai aucun anathème contre la méthode traditionnelle de traitement, j'en ai vu entre les mains de mes maîtres, j'en ai moi-même obtenu de bons résultats, et je suis convaincu qu'elle sera pour vous, *dans certains milieux et certaines conditions*, la méthode nécessaire. Mais je dis qu'elle est inférieure à l'incision, à la cure radicale, qui seule représente *la méthode de choix*.

Laissons de côté, si vous le voulez bien, les accidents opératoires ou post-opératoires, qui ne sont, en somme, que des fautes de technique. Ne parlons ni des gangrènes du scrotum, ni du phlegmon des bourses, ni de la vaginalite suppurée, qui, de temps en temps,

et plus souvent peut-être qu'on ne l'a dit, ont succédé à l'injection iodée. — A quoi tiennent ces complications? A un trocart malpropre, à une désinfection incomplète ou nulle, de la région, à une pénétration trop superficielle de l'instrument, qui déverse la solution iodée, non dans la cavité séreuse elle-même, mais dans les enveloppes externes. Tout cela peut et doit être évité; une ponction et une injection bien faites ne sont pas suivies d'accidents. Et l'on peut en dire autant d'une cure radicale, exécutée soigneusement.

Du reste, les complications signalées sont en nombre fort restreint. Sur 457 observations qui figurent dans la thèse de Wendling[1], un seul cas en est relevé, un phlegmon des bourses, terminé par la mort; il est vrai, qu'en 1889, Albers (de Berlin)[2] notait 2 morts, 3 phlegmons des bourses, 3 gangrènes de la tunique vaginale. Mais M. Augagneur (de Lyon)[3] n'a-t-il pas eu deux morts avec l'injection iodée, à la suite de gangrènes étendues du scrotum? Les faits de ce genre ne se reproduisent que sur des sujets prédisposés par un état général précaire, des vieillards, des cachectiques, des diathésiques : la méthode elle-même n'y est pour rien. Il n'est pas douteux qu'une cure radicale, pour être bien faite et inoffensive, exige plus de soins, une technique un peu plus complexe, une habitude un peu plus grande des opérations, et c'est précisément pour cela qu'elle ne saurait donner tout ce qu'elle vaut, entre toutes les mains. Mais, en prenant la question au point de vue chirurgical pur, en comparant l'un à l'autre les deux procédés, bien et régulièrement appliqués, on ne saurait nier que leur innocuité propre ne soit toute semblable.

La discussion doit donc se baser sur un autre élément : sur *les résultats lointains*, sur la proportion des récidives.

Avant cela, je veux soulever et rejeter encore une autre objection, qui, dès le début, a été formulée contre la cure radicale; et je dois avouer que, pour ma part, je n'ai pu m'empêcher de lui accorder d'abord un certain crédit. Vous ouvrez largement la tunique vaginale, vous l'excisez presque tout entière (et de non-

1. Wendling. *Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Thèse doct., Nancy*, 1886.
2. Albers. *Beitrag zur Statistik der Hydrocelen. Inaug. Diss. Berlin*, 1889.
3. Augagneur. *Lyon médical*, 1885, T. III, p. 443.

breux chirurgiens pratiquent même l'excision totale), vous irritez aussi énergiquement que possible sa surface interne, de manière à créer des adhérences et une véritable symphyse vagino-testiculaire : c'est bien, la vaginale est supprimée, et, avec elle, la possibilité d'une hydrocèle récidivante, mais le testicule, que va-t-il devenir, ainsi emprisonné, enserré, immobilisé dans cette coque de tissu fibreux, dans ce reste de vaginale oblitérée? La tunique séreuse-est-elle donc un organe inutile, le simple reliquat, sans fonction, du processus vagino-péritonéal?

Le problème a été dûment résolu, et par des faits cliniques, et par des faits expérimentaux. Dès 1888, M. Reclus[1] avait bien montré que l'oblitération de la vaginale n'arrêtait pas le travail de spermatogénèse. Sur 11 cas, « où toute cavité vaginale avait disparu par une fusion absolue des deux feuillets épaissis, sclèreux et d'une densité telle, que, pour isoler le testicule, il fallait le sculpter dans sa gangue fibreuse, eh bien! huit fois les spermatozoïdes existaient sans conteste, et, s'ils manquaient trois fois, leur absence pouvait être expliquée par des lésions de l'épididyme ». — La réponse expérimentale a été fournie par un élève de M. Roux (de Lausanne), M. Louis Perret[2] : sur quatre lapins et sur trois chiens, il pratiqua, des deux côtés, l'opération de l'hydrocèle « à sec », c'est-à-dire qu'il incisa la tunique vaginale, en excisa un large segment, et brossa la face interne avec une éponge trempée dans du sublimé au millième, et termina par la suture. — Trois mois après, « chaque lapin est mis en rapport avec une femelle. Toutes les femelles deviennent portantes. Quant aux chiens, nous avons procédé de même, les chiennes ont été saillies, mais ne sont pas devenues portantes, ce qui ne nous a pas beaucoup étonné, les chiens étant déjà un peu trop vieux. Cinq mois après l'opération, on fait la castration des trois lapins survivants, et d'un chien, les deux autres ayant péri. Chez tous les animaux, on constate une oblitération complète de la cavité vaginale. On trouve une foule de spermatozoïdes vivants dans tous les testicules. » A ces expériences, évidemment fort ingénieuses, je préfère encore ce que M. Perret nous dit du sort ultérieur des 85 opérés dont il rapporte l'histoire; « nous avons noté, chez la plupart de nos opérés, un

1. Reclus, *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, 1894, p. 430.
2. L. Perret. *Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle. Thèse doct. Lausanne*, 1893.

appétit génital normal ; quelques-uns se sont mariés depuis leur sortie de l'hôpital, et sont devenus pères. »

D'ailleurs, Messieurs, l'injection iodée ne provoque-t-elle pas, elle aussi, les adhérences vagino-testiculaires? La constatation en est banale, et j'ai eu l'occasion de la faire plusieurs fois : l'an dernier, à l'Hôtel-Dieu, sur un malade, qui trois mois auparavant, avait subi la ponction et l'injection iodée, je trouvai une vaginale épaissie, scléreuse, et soudée intimement à l'albuginée, sur presque toute son étendue ; le décollement en était impossible, il fallut la sculpter au bistouri. Sur seize autopsies de malades, traités par l'injection iodée, Hutin signale huit fois une oblitération complète de la séreuse ; quatre fois des adhérences partielles, quatre fois l'absence d'adhérences. Il est tout probable, qu'à la longue, les adhérences vagino-testiculaires s'étirent, se rompent, disparaissent en partie, et cela, après la cure radicale comme après l'injection iodée, et l'on a souvent noté que le testicule avait recouvré toute sa mobilité.

Nous restons donc en présence de *la question de récidive*, et là, comme en toute autre question opératoire, il est bien malaisé de se faire une religion sûre sur des statistiques émanant de sources diverses, encore moins sur des affirmations catégoriques appuyées, sans doute, de toute l'autorité de leurs auteurs, mais qui manquent du criterium scientifique indispensable, celui des faits dûment constatés et dûment rapportés. On entend dire : l'injection iodée, bien faite, n'est jamais suivie de récidive. Mais ces récidives, nous en avons vu, nous en voyons tous les jours, et la clientèle toute spéciale du Bureau central nous en fournit de nombreux exemples. Un homme de 42 ans, auquel nous avons pratiqué la cure radicale, il y a quelques semaines, devant vous, avait une hydrocèle droite depuis 1889, la tumeur grossissait peu à peu ; en 1893, elle était devenue très volumineuse et le malade, entré dans le service d'un des plus soigneux de nos maîtres, subit la ponction et l'injection iodée : la réaction inflammatoire fut très marquée. Au bout de trois semaines, l'opéré quittait l'hôpital, mais à peine avait-il repris son travail, que le liquide reparaissait, d'abord en petite quantité, puis de plus en plus considérable. Nous avons pratiqué l'incision de la vaginale, évacué une abondante collection séreuse, et nous avons trouvé l'albuginée épaissie, irrégulière, et, implanté à sa surface, en avant, un petit polype blanchâtre, d'aspect et de consistance

cartilagineuse ; l'hydatide de Morgagni était très grosse et kystique, le testicule lui-même un peu augmenté de volume. En somme, il y avait là tous les indices *d'un travail inflammatoire chronique, qui suffisait à expliquer la récidive.*

Au 4e congrès des médecins russes, à Moscou, en 1891, M. Dobrochotow[1] rapportait 119 cas d'injection iodée, sans complications ni récidives ; les détails manquent, ainsi que l'indication du temps pendant lequel les malades ont été suivis. En 1892, M. Gleich[2] dressait le bilan des hydrocèles traitées, à la clinique de Billroth, de 1884 à 1892, par l'injection iodée ; ce bilan se monte à 100 cas, dont 88 représentent des hydrocèles vaginales proprement dites, les 14 observations restantes ayant trait à 1 spermatocèle, 3 hématocèles, 2 hydrocèles suppurées, 6 hydrocèles funiculaires. 52 malades ont été suivis : 10 ont récidivé, et l'auteur conclut, de l'examen des faits, que, chez les hommes au-dessus de 30 ans, la récidive survient dans 1/7e des cas, alors que, chez les jeunes gens, elle figurerait pour un tiers. Ainsi, ajoute M. Gleich, la cure par l'injection iodée donne ses meilleurs résultats chez les hommes d'âge moyen ; elle en fournit de bien plus médiocres chez les jeunes gens. La cure par l'incision est indiquée, poursuit-il, dans les hématocèles et les hydrocèles suppurées ; dans les cas de diagnostic douteux, où il y a lieu de soupçonner une tumeur ; dans les hydrocèles récidivées, à paroi épaisse.

Après la cure radicale, quelle est la proportion des récidives ? La statistique de 457 cas rassemblés par Wendling aboutit à 1 pour 100 ; mais on ne saurait nier que, l'hydrocèle étant essentiellement symptomatique, elle ne soit condamnée à une récidive inévitable, alors que les lésions sont elles-mêmes inaccessibles à nos moyens de traitement. Je prends un exemple : dans les vieilles hydrocèles, l'albuginite chronique est d'observation courante, et nous ne pouvons agir sur elle que bien incomplètement ; il n'est donc pas étonnant, alors, que l'hydrocèle se reproduise, au moins, quand l'excision totale de la vaginale n'a pas été pratiquée.

Ce qui fait, à mon avis, de la méthode sanglante, *l'opération*

1. Dobrochotow, *C. R. de la section de chirurgie du 4e Congrès des médecins russes, à Moscou*, janvier 1891. *Anal. in Centralblatt f. Chirurgie*, 1891, p. 420.

2. Gleich. *Bericht über die an der Klinik Billroth's seit den Iahre* 1884 *operirten Hydrocelen. — Beiträge Z. Chir. Festschrift gewidmet.* Th. Billroth. 1892.

typique de l'hydrocèle, c'est que : 1° seule, elle permet *de se rendre un compte exact des lésions causales* ; 2° seule aussi, elle permet à l'intervention d'*agir sur ces lésions d'origine* et d'être aussi complète que possible.

Nous savons bien aujourd'hui, depuis que l'anatomie pathologique des vaginalites se fait, pour ainsi dire, sur le vivant, quelle est la vérité de cette parole de Trélat : « Toujours l'hydrocèle, quelle qu'elle soit, est symptomatique, bien que la cause en soit fort souvent petite, peu grave et peu importante ». Sur 109 observations de cure radicale, Wendling signale : 37 fois, des kystes de l'épididyme ou du testicule ; 6 fois, des corps étrangers libres de la vaginale ; 71 fois, des épaississements, des excroissances, des plaques cartilagineuses ou calcaires de la séreuse ou de l'albuginée. Ces « petites lésions », que Volkmann et Geuzmer[1] avaient signalées depuis longtemps déjà et qui dérivent, en grande partie, d'un processus commun, de la vaginalite chronique, ne sauraient être découvertes que par le procédé à ciel ouvert ; il en est de même d'autres affections testiculaires au début, de la tuberculose en particulier. Le palper du testicule, après l'évacuation de la collection liquide, ne vaudra jamais l'exploration directe, qui peut, d'ailleurs, être complétée par l'incision exploratrice de l'albuginée. Enfin, il est telles hydrocèles, en apparence simples et communes, dont les véritables caractères ne se dévoilent qu'à l'examen opératoire.

Je ne saurais vous en donner de meilleurs exemples que les deux faits que voici et dont vous avez été témoins.

Un jeune homme entre salle Michon pour une volumineuse hydrocèle droite. La tumeur, pyriforme, est plus grosse que le poing, elle est d'une belle transparence, très fluctuante, de parois minces, et remonte jusqu'à la racine des bourses, où elle se termine par un cul-de-sac qui paraît bien fermé. On trouve le testicule en avant et en bas, mais à peine la main l'a-t-elle saisi, qu'il fuit aussitôt et s'échappe vers le pôle supérieur de la poche : il est d'une mobilité extrême, ne paraît tenir à rien, et l'on dirait, en vérité, qu'il figure un gros corps étranger, libre et perdu dans la cavité vaginale. Le cordon, à sa partie supérieure, et l'anneau inguinal externe sont absolument normaux, il n'y a pas trace de hernie, pas même d'impulsion. Hydrocèle vaginale, peut-être congénitale, à

1. Geuzmer. — *Die Hydrocele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischen Wundbehandlung. Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge*, n° 135, 1878.

cause de l'âge du patient et du prolongement supérieur de la tumeur, mais sans communication péritonéale; tel fut le diagnostic. Et le 15 juin dernier, la cure radicale était pratiquée à la cocaïne.

Incision sur le devant du scrotum, évacuation d'une abondante collection de liquide citrin; on constate que le testicule est en inversion antérieure, qu'il est inclus dans la paroi antérieure de la poche, sans nulle autre adhérence, et qu'elle lui forme comme une véritable bourse de glissement, qui lui permet de se déplacer dans tous les sens : c'est une variété de testicule oscillant. On isole la paroi même de cette vaste poche, dont on excise la plus grande partie, en ne laissant qu'un étroit lambeau, en bas, pour engainer le testicule. *Derrière et au-dessus d'elle*, on découvre alors *une seconde cavité séreuse, sous la forme d'un conduit digitiforme*, large à peine comme un tuyau de plume, appliqué en bas à la vaginale distendue, sans aucune trace de communication, mais bien perméable sur toute sa longueur, et par en haut, *largement ouvert dans le péritoine*. En effet, pour le poursuivre au milieu des éléments du cordon, on sectionne la paroi antérieure du canal inguinal, qu'il parcourt dans toute son étendue et l'on s'assure qu'il remonte, comme un sac herniaire, jusqu'à l'anneau inguinal interne. On achève de le libérer aussi haut que possible, puis il est lié, à son origine, par un double catgut, coupé et excisé. Un surjet reconstitue le canal inguinal, comme après une cure radicale de hernie, et la réunion totale est pratiquée. Le malade a guéri sans le moindre incident.



Fig. 99.
Corps étranger de la vaginale, trouvé dans une hydrocèle.

Je dois ajouter que la grande poche vaginale contenait un splendide corps étranger, figuré ci-contre (Fig. 99), jaunâtre, lisse et brillant, et que la surface de l'albuginée était couverte d'un semis de fines bosselures, qui lui donnaient une apparence râpeuse. Vous voyez que, par une autre méthode, et *ce gros corps étranger de la vaginale*, et *ce conduit péritonéo-vaginal ou plutôt péritonéo-funiculaire*, auraient passé inaperçus, amorces toutes prêtes pour l'hydrocèle récidivée d'une part, et pour la hernie inguinale, d'autre part.

Autre cas, dans lequel le diagnostic ne fut porté que grâce à l'intervention directe, et pour lequel, il est vrai, la méprise aurait été beaucoup moins importante, en pratique. Un cordonnier de 58 ans se présente avec une grosse collection liquide dans la bourse gauche : la tumeur date de 7 mois, elle s'est développée sans cause

et a grossi peu à peu, sans douleur; depuis 3 mois, elle a presque doublé, sans provoquer autre chose qu'une gêne croissante. Elle distend le côté gauche du scrotum, sa forme est ovoïde à grosse extrémité inférieure, elle descend jusqu'au fond des bourses, et le testicule, qu'on sent assez mal, en bas, sous la forme d'une petite masse lisse, régulière, sensible à la pression, semble complètement entouré par elle. En somme, ce sont tous les caractères de l'hydrocèle vaginale, moins la transparence, qui n'est qu'incomplète. L'incision est pratiquée à la cocaïne; elle nous conduit sur une poche, peu épaisse, d'où s'écoule près d'un demi-litre d'un liquide lactescent; elle descend jusqu'au fond des bourses, et, par sa cavité ouverte et vidée, on aperçoit le relief du testicule, en avant et en bas, mais recouvert encore d'une seconde membrane. De fait, en dissociant la paroi de la poche kystique, on reconnait *qu'elle s'accole à la vaginale sur toute la hauteur de ses deux faces et jusqu'au bord inférieur du testicule, qu'elle engaine ainsi tout entier d'une seconde enveloppe*. On achève de l'isoler sur toute sa surface et on l'enlève : *la tunique vaginale reste intacte*, au-dessous, à peine soulevée par un peu de liquide. On l'ouvre cependant, et l'on constate que sa face interne est régulière et lisse, et que le testicule et l'épididyme sont sains. Après en avoir excisé un segment, on la ferme par un surjet de catgut; on rapproche, par une suture profonde, les enveloppes du cordon, et l'on réunit la peau. La guérison a eu lieu sans incident. Ainsi donc, nous avions affaire à un de *ces kystes de l'extrémité inférieure du cordon*, kystes sus-épididymaires, *de volume anormal*, qui, par leur développement, forment, autour de la vaginale, comme une seconde poche séreuse, distendue[1].

Enfin, Messieurs, à part les deux observations que je viens de vous citer, voici ce que nous avons trouvé, au cours de la cure radicale, dans une série de dix hydrocèles, opérées depuis quelques mois : corps étranger de la vaginale, 1 fois; vaginalite chronique, se traduisant par l'épaississement de la séreuse, des plaques dures, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, un semis de petits nodules arrondis, fibreux ou kystiques, des adhérences partielles cloisonnant l'hydrocèle, 5 fois; albuginite chronique, caractérisée par l'induration, l'aspect granuleux et irrégulier de la coque fibreuse, 2 fois;

1. Ce fait et un autre, tout semblable, figurent dans la thèse de M. le Dr Strafforelli : *Des grands kystes du cordon*, 1894.

— chez l'un de ces malades, je fis une incision exploratrice de l'enveloppe fibreuse, et je trouvai le parenchyme d'apparence absolument saine; — tuberculose commençante du testicule, 1 fois; enfin, dans les deux derniers cas, la vaginale ouverte ne nous permit de reconnaître ni corps étranger, ni kyste, ni épaississement et l'exploration du testicule resta, de même, négative. Mais l'un de ces malades portait, à la région anale, des trajets fistuleux anciens, et l'autre, de teint pâle, et maigre, était suspect aussi de tuberculose : il nous parut donc très probable, que, chez l'un et chez l'autre, nous avions affaire à une de ces *hydrocèles tuberculeuses*, sans lésions encore apparentes, qui sont assez souvent le premier terme de la tuberculose génitale.

Vous voyez que l'incision nous a toujours permis de déceler *la lésion causale de l'épanchement, qui, lui-même, n'est jamais qu'une résultante*, et d'agir sur elle dans la mesure du possible. Et c'est là, à mon sens, le point capital, la véritable raison d'être de ce que nous sommes convenus d'appeler la cure radicale. *Elle n'est radicale, qu'autant que la lésion originelle est supprimée tout entière, et qu'elle est susceptible de l'être*. Voilà pourquoi, comme à la suite de tout autre mode de traitement, des récidives peuvent se produire; mais elle est, mieux que tout autre, en mesure de les prévenir.

Dans ce but, *la technique* suivie est évidemment de haute importance. Elle est, du reste, fort simple, et, quelles que soient les légères variantes que l'on ait apportées à la pratique primitive de Volkmann, l'opération ne saurait passer pour difficile. Chez la plupart de nos malades, l'anesthésie à la cocaïne nous a suffi amplement; assez souvent même, après l'injection dans et sous la peau, de 6 à 7 seringues de la solution au centième, nous avons été jusqu'au bout sans injection nouvelle, l'opéré ne témoignant que peu ou pas de sensibilité. La douleur ne se réveille que par l'exposition du testicule à l'air et au contact des solutions antiseptiques, et aussi par les tiraillements, qui, pendant l'isolement de la séreuse, sont exercés sur le cordon; telles sont, du moins, les remarques que nous avons faites et vérifiées à plusieurs reprises. Une ou deux fois, il nous est même arrivé d'opérer les malades, sur leur demande, sans aucune espèce d'anesthésie, et, à part le temps de l'incision de la peau, le reste des manœuvres opératoires n'a semblé provoquer, en général, que des réactions douloureuses très atténuées.

L'incision est pratiquée sur la face antéro-externe du scrotum: elle doit être longue, et surtout remonter assez haut, pour que le cul-de-sac supérieur de la vaginale distendue soit aisément accessible. Au-dessous de la peau, le bistouri traverse la couche cellulo-adipeuse, œdématiée et très épaisse, au niveau des injections cocaïniques, puis sectionne la tunique fibreuse. C'est alors que la poche vaginale se présente, arrondie, régulière, transparente, en général, et qu'elle fait hernie entre les lèvres de la tunique fibreuse: elle est ponctionnée au bistouri, vidée, largement ouverte, et les bords, de chaque côté de l'incision, soigneusement repérés par des pinces. Le testicule est à découvert: on examine sa surface, sa consistance, on excise les petits kystes, les nodules fibro-cartilagineux: on régularise, s'il le faut, l'albuginée; enfin, si quelque point demeure suspect, rien n'est plus légitime que d'inciser, à ce niveau, l'enveloppe fibreuse, et de se rendre compte, *de visu*, de l'état de la glande. Si l'asepsie est complète, que reste-t-il de ces incisions exploratrices du testicule? Rien autre chose qu'une mince ligne cicatricielle.

Le troisième temps consiste dans la dissection et la résection large de la vaginale : il faut prendre soin de bien l'isoler, sans prendre avec le feuillet séreux une partie plus ou moins épaisse de sa doublure fibreuse. Cela ne va pas sans quelque difficulté, dans les hydrocèles anciennes, à paroi épaisse et adhérente, mais, une fois la dissociation amorcée sur tout le pourtour de l'incision, et à quelque distance, elle se continue et s'achève, en général, fort bien. C'est surtout en dedans et en arrière, sur le cordon, que la dissection doit être serrée de près, et il n'est pas rare, dans les cas invétérés, de voir le canal déférent appliqué sur la séreuse et adhérent. — L'excision sera faite, aussi large que possible, et, chez tous nos malades, nous n'avons jamais laissé qu'un étroit manchon séreux, tout juste suffisant à engainer le testicule et à lui former comme un vêtement serré : un surjet de catgut fin rapproche complètement les bords de la séreuse; un autre surjet reconstitue la tunique fibreuse, enfin la réunion totale de la peau termine l'opération.

Ce procédé n'est pas le seul qui soit d'usage courant. Volkmann laissait un drain dans la vaginale restaurée, et beaucoup de chirurgiens l'ont imité; d'autres laissent un drain entre la séreuse et la peau. Le professeur Roux (de Lausanne) recommande de brosser

la paroi interne de la séreuse avec une éponge trempée dans la solution de sublimé au millième, puis laisse dans la cavité « un drain débouchant non dans la suture, mais par une ouverture spéciale, à la partie la plus déclive du scrotum ». Pour terminer, il pratique la suture de Girard, c'est-à-dire qu'il passe ses fils de réunion à la fois dans les lèvres cutanées, et dans celles de la séreuse incisée et réséquée : les deux moitiés de la vaginale restante sont ainsi accollées par une large surface. Enfin, l'on peut être amené, par des lésions graves et généralisées de vaginalite chronique, à exciser la vaginale tout entière, en laissant le testicule, à nu, en contact direct avec la tunique fibreuse. Toutes ces modifications sont basées sur le principe même de l'intervention, qui est de supprimer la vaginale, soit par l'ablation totale, soit par la création d'adhérences et d'une symphyse vagino-testiculaire.

Sur nos 10 opérés, 9 ont guéri par première intention, et quittaient l'hôpital du 14 au 21e jour; un seul a suppuré, par le fait, évidemment, d'une faute; il n'en guérit pas moins très bien. Vous voyez donc, Messieurs, que la cure radicale, sous la réserve qu'elle puisse être régulièrement faite, est tout aussi bénigne que l'injection iodée, qu'elle est, en somme, d'exécution simple, et qu'elle seule donne des garanties positives d'efficacité[1].

1. Du reste, l'idée de la cure radicale de l'hydrocèle, comme tant d'autres en chirurgie, ne date pas d'hier. Dionis, dans son traité d'opérations (*Cours d'opérations*, T. I, p. 369-1740), ne formule-t-il pas en ces termes le traitement de l'hydrocèle : « Quand on veut guérir une hydrocèle, il ne suffit pas d'avoir vuidé les eaux, il en faut empêcher le retour en remplissant la cavité où elles se ramassaient. — Pour y parvenir, après avoir préparé le malade par les remèdes généraux, on applique une traînée de cautères potentiels le long de la tumeur ; et, quand les cautères ont fait leur effet, il faut, sur l'eschare, ouvrir la tumeur toute de sa longueur, et jusques au fond du scrotum, afin qu'il ne reste point de sac : on remplit la plaie de plumasseaux, on procure la suppuration, qui entraine avec elle les eschares et les membranes altérées par le séjour que les eaux y ont fait; on ne touche point aux tuniques ou membranes propres du testicule, qu'il faut défendre et conserver le mieux qu'il est possible. Toutes ces parties ayant suffisamment suppuré et la plaie étant bien modifiée, on travaille à procurer une bonne cicatrisation, qui se fait *par l'union du testicule au scrotum et aux membranes, qui se joignent tellement ensemble, que, ne restant plus de vide entre ces parties, on n'a aucun sujet de craindre la récidive* ».

Et, en note, il ajoute : « Les inconvénients que les praticiens ont trouvés dans l'usage du cautère leur ont fait abandonner cette méthode. La plupart se servent de l'instrument tranchant par préférence. On fait à la tumeur, avec un bistouri droit, une incision suffisante pour passer le doigt indicateur de la main gauche, sur lequel on glisse une branche de ciseaux, pour ouvrir dans toute sa longueur la poche qui contient les eaux. On remplit ensuite la plaie de charpie brute ou de petits lambeaux de linge fin, prenant garde de ne point faire de compression, sur le cordon spermatique ou sur le testicule. » C'est l'incision de l'hydrocèle ; il ne lui manque que d'être antiseptique : il faut reconnaitre que c'est quelque chose.

II

LES TUMEURS TRÈS ANCIENNES DES BOURSES

L'ancienneté comme élément de diagnostic des tumeurs. — Tumeurs des bourses anormalement anciennes. — Enchondrome testiculaire double, datant de vingt-huit ans. — Vieilles hématocèles : leurs caractères, les surprises qu'elles réservent parfois. — Kyste sanguin de l'épididyme, remontant à cinquante ans. — Histoire du malade; examen de la tumeur. — Les tumeurs sanguines de l'épididyme.

Messieurs,

L'ancienneté est un élément de diagnostic fort important dans les tumeurs, les néoplasmes malins affectent, d'ordinaire, une évolution rapide ou qui devient brusquement aiguë, après une trêve plus ou moins prolongée.

Je veux vous parler aujourd'hui de certaines tumeurs des bourses *anormalement anciennes*, et dont le début remonte, non pas à quelques années, mais à *des dizaines d'années*. Le malade qui fera l'objet principal de notre entretien portait *depuis cinquante ans*, dans ses bourses, la tumeur que nous avons extirpée ces jours derniers.

Vous comprenez que ce fait seul d'une ancienneté extrême devra restreindre les hypothèses, et que les formes cliniques qui rentreront dans cette catégorie seront en nombre limité.

Je laisse à ce mot tumeur son sens le plus large, je veux rester sur le terrain clinique, et je tiens seulement à étudier avec vous les quelques observations de ce genre que nous avons recueillies ici.

Un cordonnier de 65 ans, que nous avons trouvé salle Michon en novembre, était entré pour un double « sarcocèle » : le testicule gauche était presque triplé de volume, bosselé sur deux faces et sur son bord antérieur, et ces nodosités, arrondies, lisses, résistantes, étaient surtout nombreuses et de contours arrêtés dans l'épididyme. A droite, le testicule était moins gros, mais de forme, de consistance et de surface toutes semblables, et là encore l'épidi-

dyme semblait être le plus affecté; du reste, l'épaississement se poursuivait sur la portion vaginale du canal déférent, qui, des deux côtés, était très gros et bosselé. J'ajoute que la pression n'était qu'à peine douloureuse.

Or, ces deux testicules avaient commencé à changer de forme et de volume vers l'âge de 35 ans, il y avait, par conséquent *vingt-huit ans*; et depuis lors, les lésions s'étaient continuées lentement, sourdement, sans douleur, et sans que le malade se préoccupât d'autre chose que d'une sensation de pesanteur, de plus en plus gênante. Les débuts de l'affection ne laissent pas que d'être un peu obscurs : pourtant le malade se souvient, qu'il eut, à gauche, une volumineuse hydrocèle, qui fut ponctionnée, se reproduisit, puis finit par disparaître à la suite d'une nouvelle ponction; à droite, on trouve sur le scrotum la cicatrice d'une incision de 8 centimètres environ, mais il est impossible d'être renseigné le moins du monde sur ce qui s'est passé de ce côté. — A l'âge de 25 ans, notre homme aurait été atteint d'un « mal vénérien », qui se traduisit par un écoulement uréthral et par un « petit bouton » au voisinage du méat. A-t-il eu la syphilis? Il serait très intéressant de le savoir et très difficile de le dire : car il n'accuse, à part ce début assez banal, aucune espèce d'accident. Mais la déformation de sa verge suffit à montrer que le « petit bouton » a été, en réalité, beaucoup plus grave qu'il ne le dit : de fait, le prépuce, un peu épaissi, est adhérent au gland, et son orifice très rétréci, reporté en haut : il y a là toutes les traces d'une balano-posthite ulcéreuse, dont la nature précise reste d'ailleurs impossible à déterminer.

Nous avions donc quelque raison de songer à la syphilis, ou du moins d'en émettre et d'en discuter l'hypothèse; mais les bosselures trop grosses, leur siège principal et leur confluence dans l'épididyme cadraient mal avec elle. Et surtout, au bout de vingt-huit ans, un double testicule syphilitique eût-il continué à grossir? N'aurait-il pas achevé, après un si long temps, le cycle de son évolution normale? Ne serait-il pas devenu cette petite masse aplatie, dure, finement grenue, ce galet que vous connaissez bien? — Il nous restait un seul diagnostic valable : l'enchondrome; et je parle de ce chondrome, dur, fibreux, de marche extrêmement lente, et, en somme, de pronostic bénin. Les bosselures, leur surface lisse, leur consistance s'y rapportaient bien. Ce fut donc à cette conclu-

sion que nous nous sommes arrêtés : *enchondrome double du testi-cule*, diagnostic clinique, dont la vérification anatomique n'a pu être fournie : notre homme ne souffrait pas de sa double tumeur testiculaire, et, la portant depuis tant d'années, il s'y était habitué et n'eût pas consenti à une intervention.

Nous n'en retiendrons pas moins ce premier fait, que j'ai cru utile de discuter devant vous. Nous verrons tout à l'heure que ces tumeurs bosselées, dures, très anciennes, de l'épididyme, peuvent être autre chose encore que de l'enchondrome.

Mais, avant cela, laissez-moi vous rappeler cet autre fait, moins exceptionnel, mais bien frappant encore, auquel nous avons assisté il y a quelques semaines. On vient me chercher un matin, sur le tard, pour voir dans un service voisin, un vieillard très maigre, très cachectique, qu'on venait d'apporter, et qui avait dans les bourses, à gauche, une grosse tumeur. L'état général paraissait si précaire, qu'on avait pensé à une hernie étranglée, une de ces grosses hernies des vieillards, qui s'étranglent presque sans réaction locale, et qui, très vite, provoquent le refroidissement et la mort. Le pauvre homme répondait bien mal à toutes les questions; pourtant, l'on apprit qu'il portait cette tumeur depuis un temps extrêmement long, et il était facile de comprendre, à ses plaintes et à ses gestes, qu'il n'y attachait aucune attention, et que pour lui, tout son mal était ailleurs, dans le ventre. L'examen local nous montra que la masse pyriforme, régulière de surface, compacte, présentait pourtant un certain degré de fluctuation profonde, et qu'en haut, bien que pénétrant dans l'anneau inguinal externe, elle s'arrêtait un peu au-dessus, sans se prolonger jusque dans l'abdomen, par ce pédicule épais qui ne manque jamais, même dans les hernies de forme anormale. C'était, selon toute probabilité, *une hématocèle très ancienne*, et, en effet, une ponction donna issue à une quantité relativement considérable (près d'un litre) d'un liquide, d'abord ambré et filant, puis noirâtre, épais, poisseux; une fois la poche vidée, il resta une paroi dure, une sorte de coque, qu'on sentait bien à travers le scrotum, et qui ne revint que très-mal sur elle-même.

Nous avions là, Messieurs, sous une forme un peu étrange, un exemple qui n'est pas exceptionnel dans l'histoire des hématocèles; il faut y penser tout d'abord, en présence d'une tumeur très

ancienne des bourses, et cela, d'autant plus que ces collections sanguines, souvent très grosses, bosselées, dures, irrégulières, et de fluctuation très obscure, simulent aisément les néoplasmes ; les erreurs de ce genre ne se comptent pas.

Et je tiens à vous présenter un autre type de ces hématocèles, d'évolution latente et de durée indéfinie, qui m'a été communiqué tout dernièrement par mon ami le docteur Lavergne (d'Ussel). Voici la pièce, bien caractéristique, et voici l'histoire du malade.

Il s'agit d'un cultivateur de la Corrèze : 36 ans, santé excel-

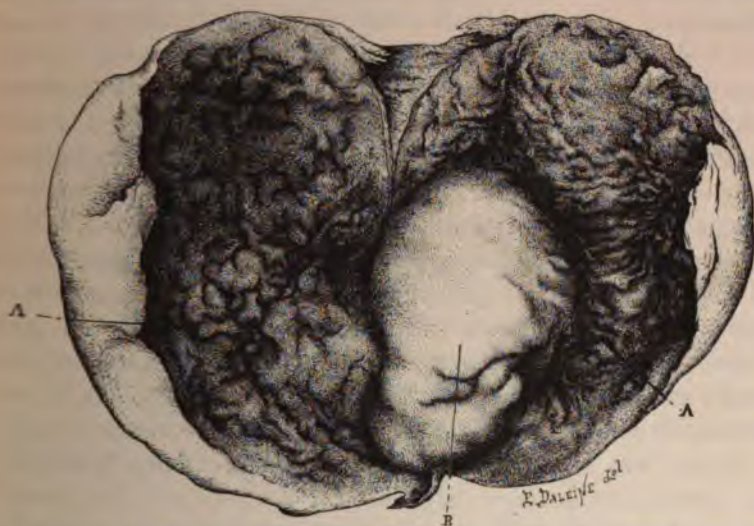


Fig. 100. — Hématocèle vaginale, datant de vingt et un ans. (Pièce du Dr Lavergne). AA. Paroi de la poche. — B. Testicule.

lente, pas d'antécédents morbides, jamais de traumatisme. A l'âge de 15 ans, *il y a par conséquent vingt et un ans*, il s'aperçut par hasard de l'existence d'une « bosse » volumineuse dans les bourses, à droite. Il n'en souffrait pas, il éprouvait à peine quelque gêne pendant la marche, et pourtant la tumeur grossissait de plus en plus : il a été, de ce fait, réformé. Il y a quelques mois, sans cause appréciable, la grosse tumeur devint douloureuse : un médecin fit deux ponctions, sans succès, et chercha même à injecter de la teinture d'iode. Tout cela n'eut d'autre résultat que de provoquer de la fièvre, du gonflement, et tous les signes de la suppuration. Le 30 mars, M. le docteur Lavergne intervient : il ouvre

une grande poche, d'où sort, avec une certaine quantité de pus, un magma noirâtre et sanguinolent; il reconnaît le testicule aplati, atrophié, perdu dans l'épaisseur de la coque, et il se met alors en devoir d'isoler la masse en totalité, et, après avoir lié le cordon, il enlève le tout. Mais une fois la castration faite, il aperçoit, en dessous et en dedans de cette grande poche qu'il vient d'ouvrir, un autre kyste sanguin, gros comme un œuf de pigeon, qui paraît indépendant, et qui contient du sang, des débris noirâtres, et une série de lamelles, ayant la couleur et l'aspect du mortier durci : sans doute, c'était là une loge détachée de cette vieille hématocèle cloisonnée.

Je n'insiste pas, Messieurs; je veux seulement fixer votre attention, par des exemples, sur ces types cliniques, un peu déconcertants, que certainement vous rencontrerez dans votre pratique. Notre opéré d'hier est plus curieux encore.

Vous avez vu ce clerc d'huissier de 64 ans, grand, gros, la face rouge et réjouie : il ne paraît guère souffrir et, de fait, il n'a jamais été malade, à part les quelques accidents vénériens que je vais vous dire. *A l'âge de quatorze ans*, son testicule droit devient gros et dur, sans souffrances, du reste, et peu à peu la tumeur continue à se développer, toujours indolente, toujours très mobile, un peu lourde seulement. A 29 ans, il a une première blennorrhagie; à 31 ans, une seconde; il entre alors dans le service de Ricord, qui examine longuement son testicule, et lui dit : « C'est à vous tout cela? vous êtes bien servi! » Vingt jours après, notre homme sortait du Midi, et, depuis lors, il n'a jamais souffert et n'a jamais consulté personne. C'est d'une façon toute fortuite qu'il nous est venu à l'hôpital : vers le 8 mars dernier, il a été pris de tous les phénomènes d'un embarras gastrique assez intense, de vomissements, etc., et un médecin appelé, après un examen plus que sommaire, a conclu à une hernie étranglée.

On trouve dans la bourse droite une masse grosse comme une mandarine, arrondie, et qui se dessine en relief sous le scrotum : la surface en est irrégulière, bosselée et semée de petites nodosités, *la dureté est extrême*, nulle part on ne décèle la moindre trace de fluctuation, ni aucun point ramolli ou simplement résistant. Elle occupe l'épididyme, mais on n'en acquiert la certitude qu'après un examen très attentif : en la suivant de haut en bas, on aboutit à

une sorte de rigole, au-dessous de laquelle on tombe sur une masse ovoïde, plus molle, sensible à la pression, et qui est, de toute évidence, le corps du testicule. Le canal déférent est sain, et le toucher rectal ne révèle autre chose qu'une prostate un peu volumineuse, ce qui est presque de règle chez un homme de cet âge. Mais, à l'aine droite, du même côté, par conséquent, que la tumeur testiculaire, vers la partie moyenne de l'arcade et un peu au-dessus, on voit et on sent une petite tumeur, arrondie, de consistance ligneuse aussi, bosselée, et qui tout d'abord paraît tenir au cordon. Est-ce donc un noyau secondaire? — Non, elle est mobile sur le cordon, et bien qu'à cheval sur lui, elle en est indépendante : en-dessous, un tractus épais, une sorte de pédicule la prolonge, et se poursuit dans la profondeur, jusque dans le canal crural; il s'agit donc d'une épiplocèle crurale, très ancienne et très indurée, et qui n'a de rapports, avec la tumeur épididymaire, que ceux d'une simple coïncidence.

N'oubliez pas, Messieurs, que *cette tumeur datait de cinquante ans, qu'elle avait paru dans l'adolescence, qu'elle n'avait jamais été douloureuse, qu'elle était compacte et dure.* Fallait-il penser à un tératome? Ou plutôt, ici encore, à un enchondrome, à un fibrome calcifié? Vous savez que c'est à cette hypothèse de fibro-chondrome calcifié que nous nous sommes arrêtés, et l'événement nous a donné tort, en nous permettant de constater un type de tumeur plus intéressant encore.

Notre homme, devenu âgé, ne portait plus si allègrement son énorme testicule; il en était gêné, il marchait mal, il s'en inquiétait même un peu. Il nous demanda lui-même de l'en débarrasser, et je n'y vis aucune contre-indication. Le 25 mars, à la cocaïne, je pratiquai la castration, qui se fit sans le moindre incident, et, en même temps, j'enlevai la petite tumeur inguinale : c'était bien une épiplocèle crurale, fibreuse et lardacée.

Quant à la tumeur testiculaire, elle conservait encore, entre les mains, toutes les apparences d'un chondrome : blanche, lisse, bosselée, compacte, elle siégeait exclusivement dans l'épididyme, encadrait le corps du testicule, perdu en partie au-dessous d'elle. A la coupe, nous fûmes tous étonnés de trouver l'*énorme kyste sanguin épididymaire*, que vous pouvez constater sur la pièce (Fig. 101). La paroi, fibreuse et imprégnée de lamelles calcaires,

mesure bien un centimètre d'épaisseur; la poche, arrondie, est tout entière comblée par une masse pâteuse, d'un brun clair, plus rouge par places, et qui ressemble à un mortier épais; dans cette bouillie ocreuse, on retrouve, çà et là, de petites masses arrondies, jaunâtres, pelotonnées, et qui semblent nombreuses; je vais y revenir tout à l'heure. Au-dessous, le corps du testicule est sain.

Voilà donc, Messieurs, *un kyste sanguin de l'épididyme, datant de cinquante ans*. Je dois ajouter que l'examen histologique de ces petites masses membraneuses, dont je viens de parler, a permis



Fig. 101. — Kyste sanguin de l'épididyme, datant de cinquante ans. — A. Cordon spermatique. — BB. Le kyste sanguin ouvert, rempli d'une bouillie ocreuse à gauche, vidé à droite. — CC. Corps du testicule.

d'y reconnaître une disposition feuilletée et des sortes de stratifications, pareilles à celles qui caractérisent les membranes d'hydatides. Nous aurions donc affaire à un kyste hydatique[1] de l'épididyme, qui, à un moment quelconque de sa longue évolution, aurait subi la transformation hématique.

En somme, c'était un exemple rare de ce qu'on appelait autrefois l'hématocèle de l'épididyme; et Delhaye[2], dans une thèse déjà ancienne, rapporte un fait de Curling et un autre d'Astley Cooper, qui ne sont pas sans analogies avec le nôtre, bien que l'ancienneté

1. Les tumeurs de ce genre sont, du reste, d'une extrême rareté. Monod et Terrillon en rapportent un seul cas, observé par A. Cooper. (*Mal. du testicule et de ses annexes*, p. 551.)

2. Delhaye. *De l'hématocèle de l'épididyme*. Thèse doct. 1877.

soit beaucoup moindre. Chez le malade de Curling, homme de quarante-neuf ans, qui portait, depuis treize ans, une tumeur du testicule gauche, il y avait à la fois une hématocèle vaginale, contenant 700 grammes de liquide sanguin, et une hématocèle enkystée de l'épididyme, à paroi épaisse et remplie de caillots[1].

Vous voyez donc, Messieurs, et la courte série de nos quatre faits parle dans le même sens que l'ensemble des observations publiées, vous voyez que les collections sanguines, l'hématocèle vaginale, les kystes sanguins de l'épididyme, quelles que soient leur origine et leur nature premières, figurent, pour une grande part, au nombre des tumeurs anormalement anciennes des bourses, et, qu'en laissant de côté le tératome, ce sont les néoplasmes chondro-fibromateux qu'il faut mettre en seconde ligne. La syphilis ancienne, à une période aussi reculée, ne ressemble guère qu'à elle-même. Il faut ajouter que ces tumeurs sont d'ordinaire essentiellement bénignes, et, qu'une fois passé un certain terme de leur évolution, elles ne grossissent plus et ne sont plus que gênantes.

1. Maisonnet, dans une thèse récente, relate un certain nombre d'observations de tumeurs sanguines de l'épididyme, d'origine traumatique ou succédant à une variété de dégénérescence des tumeurs malignes ou de la tuberculose. Il rappelle que les hématomes traumatiques « peuvent rester indéfiniment stationnaires. » (*Contribution à l'étude des tumeurs sanguines de l'épididyme*. Thèse doct. Lyon, 1894.)

Les modes de début de la tuberculose du testicule : nodus blennorrhagique qui se transforme. — Grosses épididymites tuberculeuses latentes, brusquement révélées (orchites par effort). — Orchite tuberculeuse aiguë. — Hydrocèle à répétition. — Exemples. — Indications thérapeutiques : 1° tuberculose testiculaire double, généralisée et suppurée : interventions partielles, cautérisations profondes, etc.; 2° tuberculose unilatérale, localisée. — Discussion de la castration : ses résultats lointains. — Dangers de la castration double variables avec l'âge des sujets. — Utilité des interventions très précoces : excision des nodus d'origine. — Nécessité de sectionner haut le canal déférent et de réséquer un large segment du scrotum : castration en masse.

Messieurs,

J'ai à vous présenter trois malades, que je vais opérer devant vous, et qui sont tous trois atteints, à des degrés et sous des formes diverses, de tuberculose testiculaire ; j'en relève une dizaine d'observations dans la pratique de ces derniers mois, et je n'aurai qu'à rappeler vos souvenirs pour étudier devant vous quelques points intéressants de cette affection si fréquente, et dont la thérapeutique soulève des problèmes souvent si délicats.

De mes trois malades, deux sont au début de la maladie; chez le troisième, nous trouvons une récidive lointaine, après une castration double.

Voici le premier : un jeune homme de 20 ans, garçon boucher, très musclé, de belle apparence, bien que de figure un peu bouffie et de peau très fine et très blanche. Il nous avoue, il y a deux ans une blennorrhagie qui se prolongea six mois, et qui se compliqua d'une orchite double : depuis, un petit noyau dur est resté à la queue de l'épididyme droit, gros comme un pois et indolent. Notre jeune garçon ne souffrait donc plus, à part une légère pesanteur et quelques « tractions » dans la bourse droite, et travaillait de son métier. Il y a quelques jours, sans accident, sans cause, le testicule devient très sensible, les élancements s'irradient le long du cordon et dans les reins : il est forcé de s'arrêter, se repose, prend quel-

ques bains, et finalement se fait admettre ici. La queue de l'épididyme est grosse et bosselée comme le seraient deux noisettes accolées, elle est rénitente, et très douloureuse à la pression; la tête paraît saine, le corps aussi; le cordon est intact, et le toucher rectal ne révèle qu'un peu d'asymétrie des deux lobes prostatiques, dont le droit semble un peu plus développé, sans être le siège, d'ailleurs, d'aucun indice morbide. J'ajoute, fait important, qu'il n'y a pas d'écoulement uréthral, que le malade ne souffre pas en urinant, que le méat n'est pas rouge, qne l'urine est claire. Noyau tuberculeux de la queue de l'épididyme droit, développé sans dou e sur un noyau ancien d'épididymite chronique blennorrhagique : tel est le diagnostic que nous avons posé, et que j'appuierai tout à l'heure d'autres faits du même genre.

Mon second malade est à un stade plus avancé. Lui, n'accuse aucun antécédent vénérien (il a 28 ans); il y a un mois seulement qu'il a commencé à souffrir de son testicule droit; pesanteurs, élancements, tiraillements le long du cordon, tous les modes de la douleur testiculaire se sont fait sentir tour à tour. Le 3 juin dernier, la bourse se gonflait; aujourd'hui, le scrotum est un peu rouge, un peu œdématié, et porte les traces, légères, il est vrai, d'un processus aigu. L'épididyme est gros, bosselé, surtout au niveau de sa tête, épaissi et dur à la pression, très douloureux; il se continue, en arrière, avec un conduit déférent presque deux fois plus gros qu'à l'état normal, et cet épais cordonnet se poursuit jusque dans l'intérieur du canal inguinal, où il semble, près de l'orifice interne, reprendre ses dimensions normales. Le toucher rectal, poussé aussi haut que possible, ne révèle aucune lésion ni des vésicules séminales ni de la prostate; le corps du testicule paraît indemne; le testicule gauche est sain. Épididymite tuberculeuse et déférentite remontant très haut, telle est donc la localisation morbide sur laquelle devra être réglée notre intervention.

Tout autre est la situation de notre dernier malade; c'est un guéri de la tuberculose testiculaire, en apparence, du moins, et, chez lui, l'affection, qui a parcouru toutes ses étapes, semblait, depuis 3 ans, après l'ablation du testicule droit, après la destruction à peu près complète du testicule gauche, définitivement éteinte. C'est dans le courant de l'année 1886 que le testicule droit a été atteint, et la maladie marcha très vite, puisque, dès 1887,

on en était réduit à pratiquer la castration. Une accalmie suivit, mais de courte durée. Un an plus tard, le testicule gauche était pris à son tour, et, en 1890, le malade rentrait, à la Pitié, dans un état lamentable. Je me souviens fort bien de l'avoir vu à cette époque, dans le service de mon maître Le Fort : le testicule, ramolli, fistuleux, fut l'objet de plusieurs interventions partielles ; finalement, on l'extirpa presque tout entier, ne laissant, appendu au canal déférent, resté sain, qu'un petit nodule de parenchyme encore indemne. Tout cela finit par guérir, et depuis lors, notre homme était resté à peu près tranquille.

Il y a quelques mois, ce reliquat de testicule gauche, qui lui avait été laissé, commençait à devenir douloureux, il grossissait en même temps, il gênait la marche, et vous pouvez constater aujourd'hui que l'existence d'une récidive dans ce moignon n'est pas douteuse. De fait, la petite masse, qui occupe la partie toute supérieure de la bourse gauche (la droite est vide et flasque), près de l'anneau inguinal, forme, à l'heure actuelle, une tumeur du volume d'une petite noix, bosselée, rénitente, très sensible à la pression, et qu'on dirait, d'après sa forme, un testicule atrophié, en ectopie. Elle est attenante, en haut, à la partie inférieure du cordon, et l'on sent, en continuité avec elle, l'extrémité du canal déférent, un peu épaissie et de contour irrégulier. Je vous ferai remarquer, en outre, que la prostate n'est pas grosse, bien que la pression réveille, sur le lobe droit, une douleur assez vive ; que la miction est à peu près régulière et facile ; que le sommet du poumon droit présente seul les indices d'une tuberculose peu avancée : en somme, que chez un homme d'un certain âge (il a aujourd'hui 48 ans), une tuberculose testiculaire évolue depuis 8 ans, détruit successivement l'un et l'autre testicule, récidive, après une longue pause, dans le moignon conservé, et, durant tout ce temps, reste cantonnée aux seuls testicules, sans s'étendre, ou peu s'en faut, ni à l'appareil génital profond, ni aux viscères.

Vous voyez, Messieurs, que nos trois malades, d'histoire si diverse, soulèvent une série de questions d'un grand intérêt pratique, et toujours pendantes, en face d'une affection pourtant si bien connue et si fréquemment observée. Ils nous amènent à étudier : les modes d'envahissement de la tuberculose testiculaire et *les étrangetés de ses débuts*, — *les difficultés et les hésitations de son traitement*,

surtout dans certaines formes, — *les récidives*, leur siège, leur date d'apparition, et *le pronostic lointain des interventions larges*.

Comment débute la tuberculose du testicule? D'ordinaire, sans fracas, sourdement, lentement, et l'on est souvent étonné, au premier examen, des progrès qu'elle a déjà faits; ailleurs, avec les allures inflammatoires d'une orchite blennorrhagique, et l'on s'y trompe; ailleurs encore, brusquement, il le paraît du moins, à la suite d'un traumatisme. Laissez-moi vous rappeler un certain nombre de *ces types de début*, de notion banale, sans doute, mais d'importance majeure pour le praticien.

A la suite d'une blennorrhagie, la queue de l'épididyme reste indurée, et tel est le cas de notre premier malade. Ce n'est rien, c'est la règle : le médecin et le malade ne s'inquiètent nullement de ce petit nodus fibreux, qui disparaîtra peut-être à la longue, et dont la résorption, en tout cas, ne saurait être que spontanée. Ce petit nodus devient le terrain sur lequel prend germe la tuberculose, et plus tard, à une date qui varie, on le retrouve grossi, bosselé, douloureux, se diffusant déjà vers le corps de l'épididyme et remontant le long du canal déférent. Durant la période intermédiaire, le diagnostic est souvent très difficile. Que de fois ne voyons-nous pas des jeunes gens pâles, malingres, qui, au sortir d'une chaude-pisse, conservent une induration épididymaire : les phénomènes d'orchite ont été souvent légers, et l'on ne s'explique guère que, plusieurs mois plus tard, le noyau persiste toujours, aussi gros, plus gros même, et surtout douloureux. Ces deux caractères, *le volume qui s'accroît lentement, la douleur qui ne disparaît pas*, vous serviront beaucoup à distinguer les noyaux « suspects », du nodus blennorrhagique persistant, que Gosselin a si bien décrit. Le moment viendra où ils s'accuseront assez pour rendre impossible toute hésitation.

Mais vous rencontrerez aussi des malades qui, sans blennorrhagie, sans maladie vénérienne antérieure, sans uréthrite d'aucune sorte, présenteront, à l'épididyme, et spécialement à la queue de l'épididyme, une petite masse indurée, toute comparable au nodus blennorrhagique : ce sera, le plus souvent, de la tuberculose. L'état général, la surface finement bosselée, la consistance mollasse, la sensibilité de la petite masse, sa marche lentement progressive, devront être relevés avec soin. J'ai opéré, l'an dernier,

à l'hôpital Necker, un homme de 43 ans, qui portait, à la queue de l'épididyme gauche, une petite tumeur de ce genre, à peine du volume d'une cerise; depuis plusieurs mois il ressentait, de ce côté, quelques douleurs, quelques tiraillements, et l'interrogatoire le plus minutieux ne relevait dans son histoire aucune trace d'une maladie vénérienne. Je pratiquai l'énucléation de ce petit noyau, que je sculptai, en quelque sorte, dans la substance testiculaire voisine : il était semé de nodules crus, de l'aspect le plus caractéristique, groupés autour de la coupe des tubes; quelques-uns étaient caséeux, et l'on trouvait même, par places, de petites cavernules, à bords frangés. Qu'adviendra-t-il ultérieurement de ce malade? Je ne saurais le dire, mais je ne crois pas qu'il soit possible d'extirper le mal plus tôt, et je ne me repens pas de l'avoir fait.

Mais la tuberculose épididymaire est susceptible de rester latente, durant un laps de temps bien autrement prolongé, et il arrive qu'au moment où l'on s'aperçoit de sa présence, la tumeur est déjà si grosse, qu'elle remonte certainement à une date lointaine. C'est souvent le hasard, dans ces formes indolentes et insidieuses, qui révèle la présence de cette volumineuse épididymite : un choc, un effort, un traumatisme quelconque provoquent une douleur dans les bourses, et souvent même la tuberculose revêt alors, pour quelques jours, des allures inflammatoires. *Beaucoup de prétendues orchites par effort rentrent dans cette catégorie de faits.*

Tout récemment, un ouvrier, d'apparence vigoureuse, entre salle Michon, avec une bourse droite un peu grosse, un peu rouge et douloureuse depuis la veille : il a fait un faux mouvement en travaillant, et il a senti tout à coup une vive douleur dans le testicule droit, irradiée vers le cordon et les reins, douleur qui, depuis, n'a pas disparu. Il n'avait jamais souffert jusqu'alors, il n'a jamais eu et n'a pas de blennorrhagie. Orchite par effort? Non, Messieurs : en palpant le testicule, à travers une légère couche d'hydrocèle, on le trouve gros, dur, bosselé; on évacue le liquide et l'on constate alors une épididymite tuberculeuse des mieux caractérisées.

On ne saurait donc trop se méfier de *ces débuts soudains*, qui ne sont, en réalité, que des *révélations soudaines*. Il est pourtant une forme de tuberculose testiculaire à début soudain, fébrile, aiguë, que M. Reclus a depuis longtemps signalée, et qui est loin d'être rare, en clinique. Œdème et rougeur du scrotum, douleurs extrê-

ment vives, haute température, accidents généraux même, tout concorde à achever le tableau d'une orchite suraiguë.

Rappelez-vous cet homme, que l'un de vous examinait, à l'une de nos dernières séances du vendredi : orchite blennorrhagique aiguë, tel était le diagnostic qui, de prime abord, semblait s'imposer; pourtant il n'y avait pas d'écoulement uréthral, le canal était sec et le méat d'aspect normal; et puis, en poussant plus loin l'examen, on découvrit, à la partie postéro-inférieure du scrotum, une petite bosselure, d'un rouge plus foncé, qui tranchait un peu sur la coloration voisine. Cette bosselure était fluctuante : c'était un abcès; et vous savez combien est rare la suppuration dans l'épididymite blennorrhagique. Aussi, sans en faire une règle absolue, pourrait-on dire que l'orchite blennorrhagique qui suppure est une orchite tuberculeuse, ou mieux, pour être précis, quand on a posé le diagnostic d'orchite blennorrhagique, et qu'on voit paraitre un abcès, il y a tout lieu de penser qu'en réalité il s'agissait de la forme aiguë de la tuberculose.

Ajoutez qu'en pareil cas, les bosselures épididymaires, qui sont d'ordinaire un bon élément de diagnostic, n'existent souvent pas, qu'on ne sent qu'une induration en masse de l'épididyme, qu'une masse continue et de surface uniforme. Au bout de peu de temps, les caractères physiques se modifient, l'appareil inflammatoire tombe, le palper, qui peut se faire avec plus d'insistance, permet de reconnaitre des bosselures ou des irrégularités de consistance. Souvent encore, le ramollissement se fait vite, des abcès s'ouvrent et restent fistuleux, et, comme chez le malade dont je vous parlais, la nature vraie de l'affection testiculaire aiguë se dégage aisément. Ne voyons-nous pas, d'ailleurs, toutes les tuberculoses locales revêtir parfois, à leurs débuts, ces allures aiguës et cet appareil inflammatoire? Et dans la tuberculose articulaire, en particulier, ce procédé d'invasion est loin d'être exceptionnel : nous en avons vu ensemble des exemples.

Cette analogie d'évolution se retrouve dans un autre type de début, beaucoup plus commun, l'*hydrocèle à répétition*. C'est l'hydarthrose chronique qui précède la tumeur blanche, ou, pour mieux dire peut-être, qui la révèle à un stade initial, où elle n'a pas encore d'autres signes. Une hydrocèle, chez un homme jeune, est toujours inquiétante, même si la glande conserve encore, au palper, sa forme et sa consistance ordinaires. Vous savez que la virulence

de ce liquide de l'hydrocèle tuberculeuse a été démontrée, et notre collègue et ami M. Tuffier[1] a publié sur ce point d'intéressantes recherches. D'ordinaire la collection séreuse est d'abondance médiocre, mais elle ne tarit pas, et là, encore plus que partout ailleurs, la ponction suivie d'injection reste insuffisante.

Il arrive quelquefois que l'hydrocèle tuberculeuse soit très grosse : chez un homme de 45 ans, que nous avons castré en janvier dernier, la tuberculose avait envahi successivement, à deux ans et demi de distance, l'un et l'autre testicule, et, de chaque côté, elle s'était manifestée d'abord par une grosse hydrocèle : la première (hydrocèle droite) fut ponctionnée par M. Polaillon, en juillet 1891, et, peu de mois après, le malade rentrait à l'hôpital avec des lésions tuberculeuses si avancées du testicule droit, qu'elles nécessitaient la castration. Cette année, et pour le côté gauche, le même cycle s'est reproduit. En novembre, notre homme venait nous consulter pour une hydrocèle gauche, très grosse, très régulière, et qui enveloppait et masquait entièrement le testicule; la ponction faite, nous avons reconnu des lésions irrémédiables de la glande, et, deux mois plus tard, le sacrifice du second organe s'imposait.

Toujours est-il, Messieurs, que, quel que soit le mode d'entrée en matière (et vous voyez qu'il est parfois assez obscur pour donner le change et en laisser méconnaître le sens), l'histoire est toujours la même, suit les mêmes péripéties, et aboutit au même dénouement. La rapidité d'évolution et l'extension lointaine varient seules. Il est des tuberculoses du testicule qui restent latentes ou qui progressent sur place, avec une lenteur extrême, et je voyais récemment, dans un autre hôpital, un vieillard plus que septuagénaire, qui, depuis des années et des années, portait ainsi, dans ses bourses, un double testicule tuberculeux. Vous savez, du reste, que telle est souvent la marche de la tuberculose sénile. Chez l'adulte même, et à toutes les étapes, on observe de ces *trêves prolongées*. Ce qui est encore très variable, c'est l'époque d'envahissement (et j'entends naturellement celui qui devient appréciable à nos explorations) des organes génitaux profonds. Vous trouverez, et l'un de nos sujets d'aujourd'hui nous en est un exemple, des tuberculoses du testicule qui suivront sur place toutes leurs phases, jusqu'aux abcès et aux

1. Tuffier. De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire. *Annales des mal. des org. gén. urinaires.* Octobre 1891.

fongus, sans que la prostate, les vésicules séminales, l'appareil urinaire, le poumon semblent intéressés. Ailleurs, la diffusion est précoce, et les conditions faites aux tentatives thérapeutiques sont dès lors fort précaires.

C'est, en effet, et sur la gravité locale, et surtout sur le degré d'extension, que doivent être basées les *indications opératoires*. Au fait, la grosse question, celle qui a été posée depuis longtemps et maintes fois débattue, et qui se pose de nouveau, chaque fois que l'on se trouve en face d'une tuberculose testiculaire unilatérale et localisée, comme chez notre second malade, c'est celle de *la castration. Quels en sont les résultats lointains? Peut-elle fournir une guérison vraie? Vaut-elle le sacrifice qu'elle représente?*

Il est d'autres conditions, d'autres ensembles cliniques, qui ne provoqueront, de votre part, aucune hésitation. Les deux testicules sont pris, suppurés et fistuleux, la prostate et les vésicules séminales sont prises, les poumons le sont déjà. Que ferez-vous? Rien. Je me trompe. Sans tenter aucune intervention large, qui n'aurait pas sa raison d'être, vous aurez à votre disposition toute une série de moyens palliatifs qui, bien appliqués, vous rendront de grands services : je parle de la cautérisation profonde, qui larde la glande malade dans toute son épaisseur et la tunellise, en quelque sorte; du curage énergique des foyers caséeux ouverts et des abcès; des excisions partielles. Vous modifierez ainsi la teneur du processus local, sans l'éteindre : vous le ralentirez et, au moins, pourrez-vous restreindre les accidents de résorption septique.

Encore, si la tuberculose testiculaire était unilatérale, et bien qu'il y ait des indices d'une généralisation avérée, la question de la castration pourrait-elle se poser, dans certains cas? N'est-ce pas un soulagement réel, que l'ablation de ce testicule douloureux, suppurant, ulcéré? Un pauvre homme d'une quarantaine d'années, phthisique au deuxième degré, m'arriva, à l'hôpital Necker, avec un fongus tuberculeux du testicule gauche. Par une large perte de substance du scrotum, la glande, recouverte d'une mince couche fongueuse, faisait hernie presque de moitié; elle était bourrée de noyaux caséeux. La prostate et le col de la vessie, à en croire les renseignements fournis par le doigt et l'analyse des accidents fonc-

tionnels, étaient déjà, et largement, envahis. Mais ce testicule hernié et dénudé provoquait de vives douleurs, entravait la marche, et représentait, pour le malade, la cause principale de son mal. Je fis la castration, en ayant soin d'exciser presque entière la moitié correspondante du scrotum. Elle fut suivie d'une très notable amélioration qui, naturellement, ne dura que quelques mois. J'ai retrouvé, il y a quelques semaines, mon malade, à la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux, pour une tuberculose du testicule opposé, et une tumeur blanche du genou.

Des mieux passagers ont été signalés souvent, à la suite de la castration : ils se rapportent au fait général que voici. Lors de foyers tuberculeux multiples, la suppression de l'un d'eux entraîne généralement une atténuation des accidents généraux. Et cela s'explique : ne supprime-t-on pas du même coup un foyer de réinfection continue? On a été plus loin, et l'on a voulu voir, dans un certain nombre de cas, une régression véritable des localisations profondes de la tuberculose génitale, à la suite de la castration : la prostate diminue de volume, les phénomènes de cystite tuberculeuse s'amendent. Là encore, ce n'est, bien entendu, qu'une simple trêve, de durée variable : elle n'en vaut pas moins la peine d'une intervention, en somme, de minime gravité, et que le chirurgien, trop certain du pronostic définitif, doit considérer et faire comme *une opération de bienfaisance*.

Des visées tout autres nous sont permises, en présence de la *forme unilatérale et localisée de la tuberculose testiculaire*. Chez notre jeune homme de 26 ans, l'épididyme et le canal déférent sont intéressés, ce dernier jusqu'à une hauteur parfaitement accessible : il n'y a rien au testicule opposé, rien à la prostate ni aux vésicules séminales, rien aux poumons, rien que nous sachions, du moins, rien que nous puissions découvrir par nos moyens d'exploration, et nous n'avons jamais, en somme, d'autres données que celles-là. Suis-je dans le vrai en lui proposant la castration immédiate? Et quel bénéfice certain retirera-t-il d'un sacrifice pénible?

Nous ne croyons plus, certes, quand nous extirpons une tuberculose locale, encore locale, d'apparence, que nous coupons les voies à la généralisation, et que nous pratiquons, en réalité, l'éradication du mal. Non; il semble trop bien établi que la tuberculose n'est jamais strictement locale, que l'agent morbide est disséminé,

et cela dès les premières heures, dans l'économie tout entière, et que, de la sorte, il existe en puissance toute une série d'autres foyers. Leur éclosion aura-t-elle lieu plus tard, nous n'en savons rien, et tout est subordonné au degré de l'infection générale, et à la résistance du sujet, deux éléments qui nous échappent en partie. Pourtant les faits nous montrent que les récidives, après la castration précoce, peuvent tarder, et manquer peut-être.

Il serait aisé de citer, à l'appui de mon dire, des statistiques et de parler par chiffres; mais ce langage, à mon avis, ne laisse pas que d'être toujours suspect. Où sont les statistiques réellement intégrales? Où sont les opérés régulièrement suivis, tous, durant une longue période de temps? Mais chacun de nous n'a-t-il pas, dans la pratique de nos maîtres ou dans la sienne, quelques exemples encourageants? Et puis, il y a l'autre côté de la question, qui, lui, ne suscite aucun doute. Si je n'opère pas mon jeune malade aujourd'hui, qu'adviendra-t-il de lui? Guérira-t-il spontanément? en a-t-il, au moins, quelques chances? Laissez-moi dire que je n'en crois rien; il est possible que les douleurs s'atténuent et cessent, que la tumeur épididymaire se réduise : elle ne disparaîtra pas, le foyer d'infection restera là, peut-être latent pour quelques mois, quelques années même, mais tout prêt à se réveiller, à s'étendre de nouveau, à se généraliser, à la moindre provocation; et le sujet est tout jeune, et ces provocations ne manqueront pas. Lentement, progressivement, ou encore au cours d'une crise aiguë, qui suivra une accalmie plus ou moins prolongée, la tuberculose s'étendra à toute la longueur du canal déférent, déjà atteint dans sa partie extérieure, aux vésicules, à la prostate, à l'autre testicule : que ferons-nous alors? Une bonne part des lésions nous seront devenues inaccessibles. Et, si nous ne faisons rien aujourd'hui, ce dénouement est fatal, ou à peu près, à une date variable.

Je me garderai donc bien de laisser passer l'heure propice : je ne sais pas quelle sera la destinée ultérieure de mon opéré, je ne sais si la tuberculose est en germe dans sa prostate ou dans ses viscères, et si ces germes sont trop profondément implantés pour que sa résistance organique en ait raison. Mais *je sais bien ce qui l'attend, si je n'interviens pas*. Ce qui me pousse encore, chez lui, c'est l'existence de cette déférentite étendue. Aussi devrais-je faire porter haut la section du cordon, à l'orifice interne du canal inguinal. M. Roux (de Lausanne) n'a-t-il pas pratiqué l'extirpation

complète du canal déférent et de la vésicule séminale? opération qui paraît quelque peu disproportionnée avec les résultats définitifs qu'on est en droit d'attendre.

J'enlèverai ici tout le testicule, bien que le corps proprement dit ait conservé une consistance normale, au moins dans toute la sphère où il est directement explorable; mais la tumeur épididymaire est trop volumineuse, pour qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner l'envahissement du corps d'Highmore.

Dans les formes plus circonscrites, l'*excision du noyau tuberculeux* me paraît être d'excellente pratique. Nous y avons eu recours à plusieurs reprises; et vous avez pu vous rendre compte de ce fait, que l'extraction de ces nodus d'origine est, en somme, aisée: on taille en plein tissu parenchymateux, et l'on réunit, en terminant, l'albuginée par un surjet de fin catgut. Vous allez me dire que l'extirpation de l'organe entier est toujours plus sûre, et que, en réalité, cette brèche pratiquée dans la substance testiculaire et souvent à la queue de l'épididyme, est une atteinte grave, irrémédiable peut-être, à la structure et au fonctionnement de la glande; l'organe est conservé, partiellement, mais il est détruit, en réalité. — Je vous répondrai ceci : l'excision du noyau tuberculeux, si le bistouri passe, tout autour, en tissu sain, donne, en somme, une sécurité pareille à celle de l'ablation de toute autre tuberculose locale; de plus, on s'adresse à des formes beaucoup plus jeunes, beaucoup mieux localisées; et, d'autre part, le testicule est l'un des organes que le chirurgien doit tenir en grand respect. Croyez-vous qu'avec un épididyme occupé par un noyau tuberculeux déjà gros, le testicule ait encore une valeur fonctionnelle? Ne savons-nous pas que le nodus blennorrhagique, même de dimensions toutes restreintes, est susceptible de barrer la route au liquide spermatique, et de fermer les voies d'excrétion épididymaire? Le mal physiologique est déjà fait, nous ne l'aggravons guère, et le testicule qui reste nourri, ne s'atrophie que partiellement.

Vous avouerai-je que, tout récemment, j'ai été plus loin dan cette voie de la conservation, légitimée par une intervention trè précoce, et j'insiste sur ce double terme : un jeune homme 29 ans se présente à nous, avec une induration tuberculeuse l'épididyme droit, qui se prolonge sur l'origine du canal déférer aucune autre localisation. Je mis à découvert le cordon et le tes cule; je sectionnai le canal déférent très haut, à l'anneau inguin

externe, après l'avoir lié, et je le rabattis; puis je décollai, d'arrière en avant, l'épididyme du bord supérieur du testicule, et je l'enlevai. La séparation complète des deux organes demanda quelque soin, mais s'acheva sans peine : la branche épididymaire de la spermatique avait été seule ouverte. Une incision exploratrice faite à l'albuginée montra que la substance du corps testiculaire était parfaitement saine. Que deviendra ce testicule, ou plutôt cette moitié de testicule, ainsi isolée? Il va s'atrophier, mais peut-être moins qu'on ne le croirait, parce que ses vaisseaux restent intacts, en somme, et que, s'il est supprimé comme glande séminale, il existe encore comme glande vasculaire sanguine. Mais je ne veux pas aller plus loin sur ce terrain : je tiens seulement à revenir à notre formule, qu'*une intervention très précoce peut être aussi très conservatrice.*

C'est surtout en présence de *la tuberculose testiculaire double* que les tentatives de conservation s'imposent. Chez un jeune sujet, comme notre malade d'aujourd'hui, j'aurais beaucoup de peine, pour ma part, à me résoudre à une mutilation telle que la castration double. Ce sont les jeunes sujets, en effet, qui sont exposés de préférence à ces accidents d'hypochondrie et de déchéance spéciale, qui suivent l'ablation des deux glandes génitales. Nous avons pratiqué, dans le courant de l'année, deux castrations doubles, pour tuberculose, non pas deux castrations doubles d'emblée, mais l'ablation du second testicule, un certain temps après celle du premier. Notre troisième malade d'aujourd'hui nous est un autre exemple. Vous voyez qu'il paraît, en somme, peu affecté de la perte de ses deux testicules, que son état général, que son état moral semblent satisfaisants, et la dernière castration date déjà de 3 ans.

J'ai revu l'un de nos deux castrés de cette année, six mois après sa sortie : il a repris de l'embonpoint, il fait régulièrement son métier de cocher, et, lui aussi, n'a pas ressenti encore les atteintes de l'hypochondrie; quant au second, je ne l'ai pas retrouvé, mais il me suivait depuis trois ans, et je suis certain que, si quelque incident s'était produit, il serait venu me consulter. L'âge semble donc avoir son importance dans l'évolution des accidents généraux post-opératoires, qui suivent la castration, et aussi l'état nerveux antérieur du sujet, et encore ce fait, que l'infécondité consécutive à la castration double n'entraîne pas toujours l'impuissance. Malgré

cela, il sera de pratique prudente de conserver, s'il est possible un morceau de testicule, après la castration double, comme on conserve un morceau de corps thyroïde, après la thyroïdectomie et l'analogie, toutes proportions gardées, est peut-être plus directe qu'elle n'en a l'air. Il est vrai que ce moignon de parenchyme est susceptible, comme vous le voyez, de devenir le siège d'une récidive lointaine.

Toujours est-il, Messieurs, que cette question difficile n'est pas à débattre aujourd'hui. Nous avons affaire à une tuberculose localisée au testicule droit, et trop étendue pour prêter à une intervention partielle. Nous allons faire la castration, mais, pour extirper le plus largement possible, le canal déférent, nous procéderons comme il suit : nous ferons d'abord une incision oblique, qui, du pli de l'aine, descendra sur la racine du scrotum ; nous sectionnerons la paroi antérieure du canal inguinal, *nous irons chercher le plus haut possible le canal déférent*, que nous dégagerons à une grande hauteur, en l'attirant en dehors et en refoulant le péritoine, nous le lierons et nous le couperons. Le reste du cordon sera lié et coupé à son tour; puis nous le rabattrons en masse de haut en bas, et l'incision étant alors prolongée en large raquette sur le scrotum, nous enlèverons en bloc le testicule, entouré de sa vaginale et de son enveloppe fibreuse. En opérant ainsi, les lésions tuberculeuses ne seront, à aucun moment, en contact avec la plaie, et nous aurons prévenu tout danger d'infection locale.

Il n'est pas rare, en effet, de voir des récidives dans la cicatrice elle-même, après la castration pour tuberculose, et qui se montrent parfois au bout d'un temps relativement éloigné : elles s'expliquent, suivant toute probabilité, par ce fait, que l'excision du scrotum, déjà altéré, n'a pas été assez large, ou encore que l'inoculation s'est faite, aux lèvres de la plaie, pendant le cours même de l'opération.

La castration a été faite, comme il vient d'être dit. Le canal déférent, d'épaisseur triplée, présentait, à l'œil nu, sur sa coupe, quelques nodules caséeux. L'épididyme, entouré d'une coque épaisse, était farci de tubercules ; la substance du testicule semblait saine, à première vue, mais elle était semée çà et là de quelques nodules rougeâtres, suspects.

IV

LA CURE OPÉRATOIRE DES FISTULES RECTO-URÉTHRALES

Fistule recto-uréthrale, opérée et guérie, chez un enfant de cinq ans. — Persistance fréquente de ces communications recto-uréthrales, après l'opération de l'anus imperforé. — Elles peuvent s'oblitérer spontanément ; plus souvent, elles restent perméables : exemples. — Technique opératoire : 1° méthode américaine, autoplastique ; — 2° méthode d'Astley Cooper, incision pré-rectale ; — 3° *incision pré-rectale, séparation et suture isolée des deux orifices.* Il est préférable de laisser béante la plaie périnéale, qui se ferme par bourgeonnement. — Utilité, dans certains cas, d'une dérivation complète de l'urine, par une cystostomie temporaire.

Messieurs,

C'est avec une réelle satisfaction que je vous présente ce jeune garçon de 5 ans, que j'ai guéri, au prix de longs efforts, d'une *fistule recto-uréthrale congénitale*. La dernière intervention, celle qui a réussi, a été pratiquée devant vous, il y a près de deux mois.

Petit, pâle, un peu frêle, comme vous le voyez, il me fut amené à l'hôpital Necker, dans le courant d'avril 1893. Au dire de la mère, il serait né avec une imperforation de l'anus, et, dès le lendemain de sa naissance, il aurait été opéré, à l'hôpital des Enfants-Malades. Nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements ; toujours est-il qu'aujourd'hui l'anus est parfaitement constitué. Mais l'enfant, dès le premier âge, perdait ses urines par le rectum, en proportion variable, toujours en notable quantité. Depuis deux ans, la mère avait remarqué, en outre, que l'urine émise par l'urèthre était fréquemment souillée, fétide, noirâtre, et qu'avec elle des matières fécales s'échappaient de temps en temps : à plusieurs reprises, le fait a été vérifié dans le service. De plus, le petit garçon était constamment mouillé, et le liquide, s'écoulant d'une façon continue par l'anus, entretenait l'irritation de toute la région et une malpropreté répugnante.

Une bougie, introduite par l'urèthre, s'engageait immédiatement dans le rectum, et sortait par l'orifice anal ; en refoulant, avec une valve, la commissure postérieure de l'anus, on découvrait alors, *en avant, à une hauteur de* 15 *millimètres environ, le trajet fistuleux*

recto-uréthral, sous la forme d'une fente verticale, masquée par les plis de la muqueuse et occupant le fond d'une sorte d'infundibulum. Il était malaisé, par suite, d'en déterminer les dimensions exactes, mais elle paraissait mesurer au moins un demi-centimètre : elle occupait la région membraneuse de l'urèthre, à sa partie supérieure, et créait une communication large entre les deux canaux adjacents, sans nulle disposition valvulaire.

J'avais donc affaire à *une fistule recto-uréthrale, d'origine congénitale,* et dont la pathogénie semblait, en somme, fort nette : l'enfant était né avec un abouchement du rectum dans l'urèthre, on avait ouvert l'ampoule rectale au périnée et créé un anus; mais *la communication profonde n'en avait pas moins persisté.*

Ce fait doit être la règle, ou à peu près, dans les malformations de ce genre ; et vous savez qu'elles sont, en réalité, très loin d'être exceptionnelles, qu'elles imposent au praticien des devoirs immédiats, souvent complexes, et que, sans nul doute, au cours de votre carrière, vous vous trouverez aux prises avec de pareilles difficultés. La question mérite donc d'être pratiquement étudiée.

D'ordinaire, l'orifice d'abouchement recto-uréthral est fort étroit, il laisse passer le méconium avec quelque peine, s'il est épais, et le cul-de-sac terminal de l'intestin, distendu par les matières, descend beaucoup plus bas et souvent dessine son relief au périnée. Les faits anatomiques témoignent de ces dimensions, en général, restreintes, du trajet, et ces faits ne sont pas rares, puisque Bodenhamer[1], en 1860, réunissait déjà 50 cas de communications recto-urinaires congénitales. Chez un enfant né avec une imperforation de l'anus, opéré par Guersant[2], et qui succomba, « l'autopsie fit voir que le rectum se terminait en ampoule, à 12 centimètres de la peau ; le trajet ouvert par l'opération et occupé par le canal, s'ouvrait au milieu de l'ampoule. Un petit trajet fistuleux pouvant admettre une soie de sanglier, faisait communiquer le rectum avec l'urèthre, immédiatement au-devant de la prostate. L'orifice rectal de cette fistule était entouré comme d'une étoile rayonnante des plis de la muqueuse ». Une disposition très analogue est décrite par

1. Bodenhamer. *On congenital transformations of rectum and anus.* New-York, 1860.
2. Guersant. Enfant né avec absence d'anus ; opération de l'anus imperforé ; mort. (*Société anatomique.* 1860, p. 98.)

M. Wilkes[1], chez un enfant qui mourut au bout de douze jours, les parents ayant refusé toute intervention : à la partie inférieure, le rectum (rempli de matières fécales solides) présentait un orifice, analogue à l'orifice du col utérin, et par lequel on pouvait passer une sonde n° 3; cette sonde, ainsi passée par l'orifice, s'avançait d'environ 8 centimètres dans la portion membraneuse de l'urèthre, qui constituait ainsi un cloaque commun à l'urine et au contenu intestinal.

Une fois l'anus restauré, et la voie physiologique ouverte aux matières, il arrive que *la voie anormale*, de moins en moins fréquentée, *se ferme peu à peu et s'oblitère.*

Un exemple en a été fourni par M. Duret (de Lille)[2], et présenté par lui au Congrès français de chirurgie, en 1885. Là encore, il s'agissait d'un anus imperforé, pour lequel M. Duret avait eu recours à l'opération d'Amussat. Au cours de l'intervention, un stylet, introduit dans l'urèthre, parut immédiatement dans l'ampoule rectale. « On s'aperçoit, dit l'auteur, que, au moment où l'enfant fait un effort, où le périnée se bombe fortement, un peu de méconium s'échappe par l'urèthre. Un stylet pénètre facilement dans le canal de l'urèthre; il se dirige naturellement vers la courbure du sacrum; et bientôt après, faisant basculer son extrémité externe, nous sentons son extrémité boutonnée dans la partie antérieure de la plaie périnéale. Elle n'est séparée du doigt, introduit dans la plaie, que par une cloison de 2 à 3 millimètres de profondeur. Avec la pointe du bistouri, nous faisons en ce lieu une ponction : un flot de méconium s'écoule. Nous étions dans le rectum; le stylet émerge facilement par la plaie. » L'opération fut faite le 25 août 1884, et le 7 avril 1885, M. Duret nous apprend « qu'il est bien guéri et qu'il ne rend pas de matière par l'urèthre ». Il est bon, du reste, d'être réservé en pareil cas, et notre jeune malade avait présenté, lui aussi, à plusieurs reprises, des périodes de fonctionnement régulier, qui avaient fait croire à sa guérison durable.

Plus souvent, en effet, *la fistule demeure perméable* et, même avec le temps, elle s'organise. Un enfant, observé par Doran[3],

1. WILLIAM D. WILKES. *Case of imperforate Anus with communication between the bowel and urethra. Medical Times and Gazette*, 24 juillet 1875.

2. DURET. Sur un cas d'abouchement anormal du rectum dans l'urèthre; opération d'AMUSSAT; guérison (*Congrès de Chirurgie*. 1885, p. 628).

3. DORAN. *Transactions of the obstetrical Society of London*. T. XXII, 1880.

rendait son méconium et ses matières fécales par l'urèthre, par suite d'une absence complète de l'anus. Il vécut six mois. A l'autopsie, le rectum était fortement dilaté, et sa paroi musculaire hypertrophiée ; un sphincter existait au-dessus de l'orifice de communication du rectum dans l'urèthre, immédiatement au-dessous de l'embouchure du conduit éjaculateur. D'autres observations ont montré que cette persistance pouvait durer des années, et, en quelque sorte, indéfiniment.

Je ne saurais vous en donner de plus frappant exemple que celui-ci : M. Vignard (de Nantes)[1] est appelé auprès d'un enfant nouveau-né, qui rend son méconium par l'urèthre ; absence complète de l'anus : une crête saillante, continuant le raphé périnéal, remplace la dépression anale. Une incision antéro-postérieure est pratiquée au périnée, et, après une dissection laborieuse, on finit par découvrir, à 4 ou 5 centimètres de profondeur, l'ampoule rectale : elle est ouverte et fixée à la peau. L'enfant guérit très bien, mais il continue à rendre, par l'urèthre, des matières fécales, et par l'anus, un peu d'urine. A l'âge de 18 ans, la communication persiste toujours entre le rectum et l'urèthre, et l'ancien opéré de M. Vignard se plaint de ne pouvoir manger de raisin, dont les pépins s'engagent dans l'urèthre et lui causent de grandes souffrances.

Cette permanence de la communication recto-uréthrale est signalée par König, Thomas, Anders[2], dans un mémoire récent sur l'intervention opératoire dans les atrésies congénitales de l'anus et du rectum ; et c'est pour prévenir cet écueil, presque fatal, qu'Esmarch a proposé de substituer, en pareil cas, à l'opération classique d'Amussat, le procédé appliqué par Rizzoli à la cure de la fistule recto-vaginale. Au lieu d'ouvrir simplement l'ampoule rectale, et d'en suturer les lèvres à la peau, de faire, en un mot, un anus contre-nature à l'anus, on dissèque le plus haut possible le bout inférieur du rectum, on le sépare de l'urèthre jusqu'au-dessus du niveau de la communication anormale, et l'on suture isolément l'orifice rectal, d'une part, l'orifice uréthral, de l'autre.

1. Vignard. Absence de l'anus et d'une partie du rectum ; abouchement anormal du rectum dans l'urèthre ; opération ; guérison (*Gazette medicale de Nantes*, 1885, p. 129).
2. Anders. *Ueber das operative Verfahren bei Kongenitaler analer und rectaler Atresie so wie Ausmündungen des Rectum in das Urogenitalsystem* (*Archiv. f. klin. Chir.* Bd. XLV, 1893, p. 489).

Toute rationnelle qu'elle soit, cette pratique ne doit pas laisser que d'être d'une exécution difficile, sur un nouveau-né ou un tout jeune enfant, et peut-être sera-t-il prudent, au moins dans certains cas, de créer d'abord l'anus périnéal, en courant la chance d'une oblitération spontanée du trajet recto-uréthral.

Toujours est-il que, chez notre jeune garçon, la voie d'abouchement était restée perméable, qu'elle était même relativement large, qu'elle semblait définitivement organisée, et que, par suite, une intervention s'imposait.

Or, Messieurs, une pareille intervention est loin d'être facile ; les échecs ne se comptent pas, et il est peu de malformations congénitales, dont la réparation opératoire présente autant d'obstacles.

Il y a lieu, du reste, au point de vue opératoire, de classer les différents types de fistules recto-uréthrales. Nous venons d'en étudier une variété; il en est d'autres, et plus fréquentes; et nous ne saurions mieux faire que de rapporter les trois catégories indiquées par M. Ziembicki (de Lemberg), au Congrès de chirurgie de 1889. Le premier groupe comprend *les fistules incurables, celles qui procèdent du cancer ou de la tuberculose*, cancer du rectum ayant envahi l'urèthre, tuberculose avancée de la prostate, etc.; un autre correspond aux fistules qui suppurent encore, aux *trajets creusés dans des tissus encore enflammés*, et qui succèdent aux diverses variétés d'abcès de la région; enfin la troisième variété se rapporte aux *fistules définitivement établies*, et dans lesquelles, le processus du début une fois éteint, la malformation reste seule et avec ses caractères propres : ainsi en est-il des fistules traumatiques qui suivent les fausses routes, les tailles malheureuses, l'action de certains corps étrangers; les *fistules congénitales* en sont le meilleur exemple. N'est-il pas évident qu'à cette dernière variété, seule, s'appliquent les procédés de réparation complète et immédiate?

De fait, si je laisse de côté les petits moyens, tels que la dilatation de l'anus, la sonde à demeure, la cautérisation ignée ou galvanique de l'orifice rectal et du trajet[1], qui ne peuvent guère être

1. Rappelons cependant que M. Schwartz a guéri une fistule recto-uréthrale par « les cautérisations répétées du trajet avec le stylet rougi au courant voltaïque » ; mais il s'agissait d'une petite fistule consécutive à un abcès de la prostate (Union médicale, 1874).

efficaces que dans les toutes petites fistulettes, les tentatives opératoires, souvent multipliées, auxquelles se sont livrés les chirurgiens, se rangent naturellement en trois méthodes. Il nous fallait choisir entre elles.

La première est celle de l'*incision périnéale*. — Elle consiste à fendre le périnée, à décoller la paroi antérieure du rectum, à sectionner le trajet fistuleux, et à laisser bourgeonner la plaie, dans laquelle reste un drain ou que l'on tamponne : de la sorte, les deux orifices, séparés, mais non suturés, se cicatriseraient isolément, l'ouverture commune servant de large voie de dérivation.

Ce procédé porte le nom d'Astley Cooper[1], et il semble bien qu'il ait été jusqu'ici le plus communément employé. Astley Cooper l'utilisa une fois avec succès, et je vous demande la permission de vous rapporter la description même qu'il en donne : « Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum, et j'incisai, comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à deux tranchants dans le périnée, entre la glande prostate et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urèthre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie, et un cataplasme fut appliqué par-dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement, et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel. »

Les autres faits, relevés çà et là, n'ont pas toujours été suivis d'un succès aussi complet. Pourtant, en 1874, M. Faget[2] (de la Nouvelle-Orléans) publiait une observation heureuse, mais accidentée de nombreuses et graves péripéties. Au bout de cinq mois et demi, la guérison fonctionnelle paraissait obtenue, sans que la cicatrisation fût encore tout à fait achevée. En 1881, M. Dittel[3] (de Vienne) donnait quatre faits du même genre, dans lesquels l'opération avait été plus complète : il ne s'était pas borné à inciser

1. A. Cooper. *Œuvres chir.*, 1837.
2. Faget. *Observation d'une remarquable fistule recto-uréthrale* (*Revue médicale française et étrangère*, 1854, p. 65).
3. Dittel. *Ueber Communication zwischen den Darmrohr und dem unteren Harnorganen* (*Wiener medic. Woch.*, 1881, XXXI, 10, 11, 12).

le périnée et à décoller la paroi rectale antérieure jusqu'au-dessus du trajet fistuleux, mais il avait suturé l'un des deux orifices, l'orifice rectal chez deux de ses malades, l'orifice uréthral chez le troisième : une sonde était laissée dans la plaie périnéale, non réunie, et remplacée plus tard, quand le bourgeonnement était déjà assez avancé, par une sonde à demeure ordinaire. Ajoutons que, chez les trois opérés de M. Dittel, dont l'histoire est donnée avec détails, la suture manqua, et l'oblitération des deux orifices fistuleux se fit lentement, par le travail progressif de la cicatrisation : deux d'entre eux, au moment de leur sortie, perdaient encore un peu d'urine par le rectum.

Il n'est pas douteux que, dans les cas où le trajet fistuleux traverse un foyer de phlegmon chronique, où il est entouré de clapiers ou de diverticules, la méthode de la *dérivation périnéale* ne soit la plus sûre, malgré ses lenteurs. Mais, lorsque la communication ne résulte pas d'un processus inflammatoire ou que celui-ci a disparu, il y a lieu de recourir à une tentative réparatrice plus régulière.

Une seconde méthode se présentait donc à notre choix, la *méthode autoplastique*, qui n'est, ici, que l'application, aux fistules recto-uréthrales, de l'opération communément employée dans la fistule vésico-vaginale. Une thèse déjà ancienne, celle de Devin[1], qui date de 1875, nous en fournit une très intéressante observation, due à M. le professeur Duplay. Il s'agissait d'un étudiant en droit, de 29 ans, dont l'histoire était fort complexe, et chez qui la communication recto-uréthrale avait succédé, semblait-il, à un abcès périnéal; toujours est-il que la fistule était longue d'au moins 2 centimètres et demi à 3 centimètres; son extrémité inférieure était située à environ 2 centimètres et demi du rebord anal. M. Duplay procéda, comme pour la cure de la fistule vésico-vaginale, par la méthode américaine; il fit un avivement large de 1 demi-centimètre, sur les quatre cinquièmes supérieurs du pourtour de la fistule, passa cinq fils d'argent à l'aide de l'aiguille tubulée, réunit exactement les bords de la fistule, en laissant intact le cinquième inférieur du pourtour, qui devait servir, en quelque sorte, de soupape; une sonde fut laissée à demeure dans la vessie. Au bout d'un mois

1. Devin. *Des fistules uréthro-rectales*. Thèse doct., 1875.

et demi, on avait recours à une intervention complémentaire : le pourtour de l'orifice fistuleux était, de nouveau, avivé, et l'on taillait, aux dépens de la muqueuse rectale, un lambeau, qui était rabattu en volet sur la perte de substance. Après une série d'incidents, qu'il serait trop long de rappeler, la guérison, six mois plus tard, semblait définitivement assurée.

Autre exemple, que je trouve encore dans la thèse de Devin[1], et où le résultat fut moins heureux. Un cavalier de 32 ans entre au Val-de-Grâce pour une fistule recto-uréthrale, consécutive à un abcès péri-prostatique. Le trajet est très court, d'un centimètre au plus ; il répond à la partie la plus élevée de la région membraneuse de l'urèthre, près du bec de la prostate ; son orifice postérieur apparaît, au milieu des plis de la muqueuse rectale, sous la forme d'une « dépression en cul-de-poule, par laquelle il est facile de faire pénétrer jusque dans la vessie, soit une sonde de trousse ordinaire, soit un hystéromètre ». Après avoir pratiqué, à titre d'opération préliminaire, la dilatation forcée de l'anus, M. Pingaud procède à l'avivement oblique et à la suture, en suivant de tous points le manuel opératoire classique pour la cure de la fistule vésico-vaginale. La réunion ne fut pas obtenue sans de grandes difficultés. Au quatrième jour, on constate que deux sutures ont coupé la muqueuse, et bientôt un examen minutieux fait découvrir un petit trajet recto-uréthral : cautérisation galvanique, sans résultat. Au moment de la sortie, « les gaz passent encore de temps à autre par l'urèthre ». Quinze jours après, l'urine a repris son cours primitif, et « les choses se sont rétablies exactement en l'état où elles se trouvaient avant l'opération. Les urines passent en abondance par le rectum, l'écoulement uréthral a reparu, et l'urine qui sort par le canal est plus ou moins teintée selon la consistance des selles. »

Enfin je vous citerai encore un autre fait, publié par Nott dans le *New York medical Journal* de 1870 ; ce fut Emmet qui pratiqua, par le rectum et après débridement large du sphincter, l'avivement et la suture de l'orifice fistuleux : la guérison fut, ici, rapide et complète.

Il faut reconnaître, Messieurs, que les conditions sont, en pareil cas, beaucoup plus défavorables que dans la fistule vésico-vaginale ;

1. Obs. V. p. 45.

les difficultés opératoires sont plus grandes, et les chances de réunion immédiate beaucoup plus précaires. En effet, la suture rectale est on ne peut mieux disposée pour s'infecter et se disjoindre, et, une fois rompue cette frêle barrière, les deux orifices, rectal et uréthral, restent en continuité directe, le trajet fistuleux se trouve d'emblée reconstitué.

C'est précisément ce double but, *la séparation et l'éloignement des deux orifices fistuleux et leur suture isolée*, que se propose la troisième méthode, à laquelle j'ai eu recours, et que M. Ziembicki (de Lemberg), au Congrès de chirurgie de 1889, avait déjà préconisée. Ouvrir le périnée, décoller le rectum jusqu'au-dessus du trajet fistuleux, fermer, d'une part, l'orifice rectal, d'autre part, l'orifice uréthral, et les maintenir, autant que possible, à distance et hors de contact : telle est la formule générale de l'intervention.

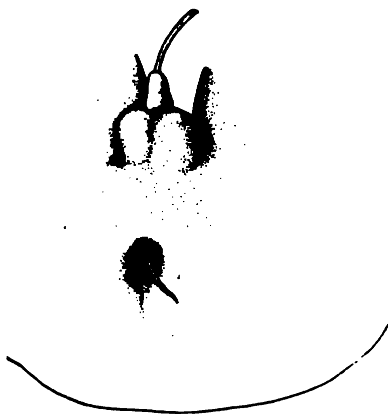
Le malade de M. Ziembicki était un soldat du 11ᵉ lanciers autrichien, qui, dans une lutte, avait été jeté violemment sur une tringle de fer : une fistule recto-uréthrale avait suivi l'accident. Deux tentatives d'autoplastie, faites à Cracovie en 1886, n'eurent pas le moindre succès. Entré à l'hôpital de Lemberg, le malade fut soumis à toute la série des procédés classiques : section du sphincter, cautérisation, procédé d'Astley Cooper, autoplastie selon la méthode américaine ; « au total, cinq opérations, cinq échecs complets ». « Je m'apprêtais, dit l'auteur, à abandonner ce malade à son triste sort, lorsqu'il me déclara qu'il se suiciderait plutôt que de continuer à vivre dans de semblables conditions. L'urine, en effet, s'écoulait en majeure partie par le rectum, à chaque miction : et, pendant le sommeil, l'écoulement était continu. Une côlite avec ténesme douloureux, un eczéma généralisé du périnée, l'odeur ammoniacale pénétrante, rendaient au malade toute existence sociale impossible. » — M. Ziembicki circonscrivit l'anus par une incision circulaire, qu'il prolongea jusqu'au coccyx, en arrière, jusqu'au raphé périnéal, en avant, puis il mobilisa toute la portion extra-péritonéale du rectum, comme s'il se fût agi d'une extirpation de cancer; le décollement fut poussé jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal, et, au milieu de ce champ opératoire énorme, l'avivement et la suture de l'un et de l'autre orifice devint extrêmement facile. Cela fait, M. Ziembicki imprima au rectum un mouvement de rotation sur son axe longitudinal, et le fixa par quelques sutures dans cette nouvelle position; de la sorte, la ligne

de sutures rectales n'était plus en regard de la ligne de sutures uréthrales. Le tamponnement de la plaie termina l'opération. La réunion immédiate de l'orifice uréthral manqua; mais, au bout d'un mois et demi, le malade n'en était pas moins radicalement guéri.

C'est à cette méthode du *décollement recto-uréthral* et de la *suture isolée des deux orifices*, que je me suis arrêté. Et le succès définitif n'a été obtenu, vous allez le voir, qu'au prix d'une certaine persévérance.

Après avoir préparé le petit malade et l'avoir purgé à plusieurs reprises, je procédai, le 26 avril de l'année dernière, à l'opération suivante : une bougie étant passée dans l'urèthre et ramenée par le rectum (Fig. 102), je fis, au devant de l'anus, une large incision transversale, un peu arquée en arrière, à ses deux extrémités (Fig. 104); je décollai la paroi antérieure du rectum, et, poursuivant cette voie ascendante, comme dans la taille pré-rectale, j'arrivai jusqu'à ma bougie, qui me servait de repère dans la profondeur. Je séparai ainsi l'un de l'autre les deux orifices, l'orifice uréthral et l'orifice rectal, en dissociant jusqu'au-dessus du trajet les deux parois correspondantes (Fig. 105), et je procédai à la suture isolée des deux pertes de substance. Toutes deux présentaient une forme ovalaire, et un diamètre vertical de 4 à 5 millimètres. J'avivai leurs bords, et je les rapprochai par un surjet à la soie fine, en ayant soin de faire passer les fils dans la couche externe seule, sans intéresser la muqueuse (Fig. 106). Dans une région encore peu développée et sur des tissus minces et friables, ce temps ne laissa pas que d'être fort délicat. — Ceci fait, je terminai par une véritable périnéorraphie, en rapprochant par des sutures profondes, des anses transversales, au crin de Florence, les bords latéraux du losange résultant de mon incision pré-rectale (Fig. 107). De fait, une fois ces sutures appliquées, le périnée de l'enfant avait presque doublé de diamètre antéro postérieur. Je mis une sonde à demeure; j'immobilisai, dans un grand pansement, le bassin et les cuisses de l'enfant, et je le constipai avec le sous-nitrate de bismuth.

Malheureusement la sonde à demeure ne fonctionnait que très imparfaitement; le soir de l'opération, 60 grammes d'urine environ avaient été émis par la sonde, mais une certaine quantité de liquide avait filtré entre elle et l'urèthre, en provoquant de vives



102. — Une sonde, introduite dans rèthre, traverse la fistule recto-éthrale et sort à l'anus.

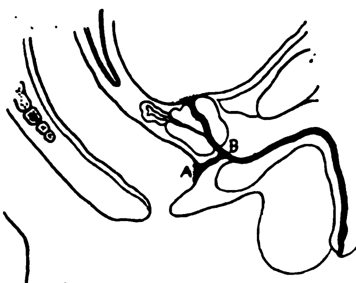
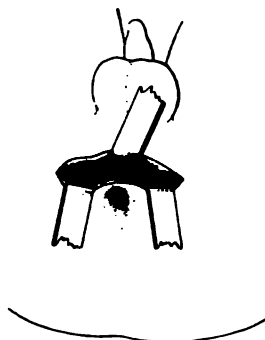


Fig. 103. — (Schématique). Trajet recto-uréthral, A B.



104. — Incision prérectale et décol-ment recto-uréthral : on aperçoit, dans profondeur, les deux orifices fistuleux.



Fig. 105. — Décollement recto-uréthral. Les deux orifices fistuleux séparés, et traversés par une sonde.



Fig. 106. — Suture isolée des deux orifices fistuleux.

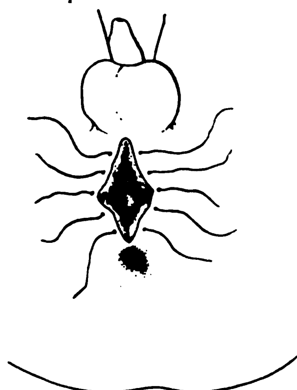


Fig. 107. — Suture transversale de l'incision pré-rectale.

douleurs. Le lendemain matin, l'accident s'était renouvelé, et je crus prudent de retirer la sonde. La miction se fit, du reste, à partir de ce moment, par l'urèthre, d'une façon très régulière, mais toujours avec un peu de douleur.

Au troisième jour, on changea le pansement, qui était souillé : la ligne des sutures périnéales avait fort bon aspect, et l'anus ne paraissait ni rouge, ni enflammé ; l'urine n'y passait plus. — Le 30, il se produisit spontanément une abondante selle. — Le 1er mai, le pansement fut renouvelé pour la seconde fois : on retira les quatre fils périnéaux ; la réunion semblait parfaite. La miction se faisait, d'ailleurs, très normalement par l'urèthre.

Ce fut le 4, dans l'après-midi, que le petit opéré rendit, de nouveau, des matières fécales par la verge, et, dans la matinée du 5, le même accident se reproduisit. Il survint, du reste, le même jour, une diarrhée profuse, qui empêcha, pour un temps, de se rendre compte de la situation exacte. Enfin, j'eus tout lieu de me convaincre que la fistule s'était, en partie, du moins, reconstituée : l'urine passait par l'anus, quoique la miction par le méat fût plus régulière et plus abondante qu'avant l'intervention.

Dans le courant de juin, une seconde tentative opératoire fut faite, calquée sur la première. Cette fois encore, la réunion périnéale fut rapide, mais le résultat n'en resta pas moins très incomplet : les matières fécales avaient cessé de passer par l'urèthre, mais l'urine s'écoulait presque en totalité par l'anus.

Je laissai reposer l'enfant pendant quelques mois ; et, en novembre dernier, ici même, je pratiquai, devant vous, l'opération suivante :

Je repris l'incision transversale, pré-rectale, légèrement courbe en arrière, mais je la fis très large. Je décollai aussi haut que possible le rectum de l'urèthre, et *je dépassai, de près de 1 centimètre, le bord supérieur des deux orifices fistuleux, uréthral et rectal, isolés l'un de l'autre.* Je les fermai *séparément*, à l'aide d'un surjet de soie fine, et j'eus soin de faire pénétrer mes fils à une certaine distance de l'orifice, de façon à replier la paroi et à l'adosser par une plus large surface ; quelques fils séparés, plus externes, renforcèrent cette première ligne de sutures. Je me gardai bien, cette fois, de rapprocher les bords de l'incision périnéale, que je laissai béante, en la tamponnant à la gaze iodoformée. Je

plaçai à demeure une sonde en caoutchouc rouge, et, de nouveau, je constipai l'enfant par le sous-nitrate de bismuth.

Il ne survint aucun incident; la sonde à demeure fut parfaitement tolérée, et, grâce à des lavages répétés, elle ne provoqua que peu d'irritation de l'urèthre. Elle resta en place quatorze jours, et la constipation fut maintenue près de trois semaines, combinée,



Fig. 108. — Périnée de l'enfant opéré d'une fistule recto-uréthrale. Cicatrice antéro-postérieure, résultant de la première opération; cicatrice transversale, résultant de la seconde (voir le texte).

du reste, à un régime approprié. La plaie périnéale bourgeonna très vite, et se combla très régulièrement de la profondeur à la surface. Au bout d'un mois, la cicatrisation était complète, et, deux semaines après, la cicatrice était très solide.

Vous pouvez en juger aujourd'hui. Le petit opéré est resté en surveillance, dans le service, depuis plus de deux mois, et nous avons pu constater à loisir le rétablissement normal des fonctions et la guérison. La miction se fait exclusivement par l'urèthre, et toute trace de communication recto-uréthrale a disparu définitivement.

Je n'ajouterai qu'un mot : si notre dernière tentative a réussi, nous le devons, me semble-t-il, à ce fait, que nous n'avons point

cherché à obtenir d'emblée la perfection, à réaliser, du premier coup, la réunion complète : en laissant béante la plaie périnéale, l'oblitération isolée des deux orifices était mieux assurée. Il y a, en effet, à l'occlusion opératoire de ces fistules, deux obstacles principaux : la difficulté toute mécanique de fermer les deux orifices par des sutures régulières, qui tiennent bien et qui en adossent suffisamment les bords; et, d'autre part, l'action de l'urine, qui glisse et s'infiltre le long des points, et entrave la réunion. Pour triompher de l'un et de l'autre écueil, il nous semble que l'intervention réparatrice doive réaliser les conditions suivantes :

1° Séparer les deux parois, rectale et uréthrale, *aussi haut que possible*, bien au-dessus du trajet fistuleux dédoublé, et cela, à la faveur d'une très large incision périnéale, arquée en arrière.

2° *Suturer isolément les deux orifices*, en prenant soin d'en refouler les bords vers la lumière du canal correspondant, et d'appliquer ainsi *des surfaces*; pour cela, le fil (surjet ou points séparés) pénétrera à plusieurs millimètres du pourtour de la fistule, et cette première ligne de sutures sera, au besoin, complétée par une seconde série de points.

3° *Laisser béante la plaie périnéale*, en entonnoir, qui sera tamponnée à la gaze iodoformée, et qui se comblera progressivement, du fond à la surface, par bourgeonnement. La réunion totale d'emblée serait, à la vérité, l'opération idéale, mais il est aisé de comprendre ce que l'on risque à laisser en contact immédiat les deux fistules récemment fermées; le plus souvent, il arrive, en effet, comme nous l'avons vu à la suite de notre première intervention, que la réunion primitive est complète, au périnée, alors que la communication fistuleuse s'est reproduite, dans la profondeur.

4° *Constiper l'opéré le plus longtemps possible, et surtout dériver l'urine*. L'exemple de notre petit malade montre que, même chez un jeune enfant, la constipation peut être prolongée et la sonde laissée longtemps à demeure, sans provoquer d'accidents. Cette dernière indication, la dérivation complète de l'urine, me paraît si nécessaire, que j'étais décidé, si la sonde à demeure n'avait pas été bien tolérée, à pratiquer la fistulisation hypogastrique temporaire de la vessie[1].

1. J'ai revu, à plusieurs reprises, mon petit malade, qui reste totalement guéri-

V

LES CALCULS VÉSICAUX ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Coexistence fréquente des calculs vésicaux et de l'hypertrophie de la prostate. — Trois exemples. — Une vessie de prostatique contenant six gros calculs, qui ne s'étaient jamais révélés par aucune réaction propre. — Signes combinés de l'hypertrophie de la prostate et des calculs : l'élément douleur. — Pourquoi la taille hypogastrique devient alors l'intervention de choix. — Un fait d'extraction de calcul suivie de prostatectomie partielle.

Messieurs,

Un homme de 62 ans, grand, obèse, de teint fortement coloré, est entré dans nos salles, avant-hier, en nous disant qu'il avait *une pierre* dans la vessie. Et, de fait, il est bien informé, et son expérience de calculeux est déjà longue. Ses souffrances remontent à trois ans : elles siègent, d'une façon presque continue, dans la région hypogastrique et s'irradient dans la verge, dans les cuisses et vers les lombes; elles s'exaspèrent par la marche, et entravent toute occupation active. Au moment des crises, qui surviennent de temps en temps, les mictions sont fréquentes, douloureuses; il n'accuse qu'une hématurie, assez abondante, il y a six mois.

Au printemps de l'année 1892, notre malade se fit admettre dans le service de M. le professeur Guyon, mais il refusa l'opération qui lui était proposée, et sortit dès le lendemain. Le 13 septembre 1893, il entra à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service de M. Le Bec : une lithotritie fut pratiquée, et fut suivie de l'expulsion d'une grande quantité de débris calculeux, blanchâtres : tout se passa, du reste, fort bien, et, au bout de 22 jours, le malade rentrait chez lui.

Il jouit alors d'une période de tranquillité qui se prolongea trois mois environ; puis les douleurs se montrèrent de nouveau, et tout l'ensemble des phénomènes antérieurs : une petite pierre a été rendue, par l'urèthre, il y a environ un mois. Depuis quelques semaines, la situation s'est aggravée, les douleurs sont devenues intolérables et ont nécessité l'alitement; la fièvre s'est montrée, peu intense, il est vrai, et l'appétit a disparu en partie.

Aujourd'hui l'urine est trouble, et laisse un dépôt blanchâtre, mais peu abondant et qui contient peu de pus. La température est à peu près normale, il n'y a pas de frissons, pas de nausées ni de vomissements, pas de douleur à la pression dans la région rénale : en somme, il n'y a pas de signes d'une infection urinaire, confirmée.

Le cathétérisme avec une bougie à boule ne se fait pas sans difficulté : l'instrument est arrêté dans la région prostatique, et, en effet, le toucher rectal permet de sentir une prostate véritablement énorme, et dont l'hypertrophie semble être surtout en largeur et intéresse dans une mesure à peu près égale les deux lobes. Le cathéter métallique explorateur, introduit dans la vessie, nous a donné presque tout de suite le choc spécial d'une pierre, qui paraît assez molle et friable; en faisant cheminer méthodiquement le bec de la sonde sur les deux moitiés du trigone, nous n'avons découvert que ce seul calcul, qui, à la vérité, autant que la manœuvre de l'instrument permet de s'en rendre compte, paraît mesurer 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres dans son diamètre.

Vous voyez, Messieurs, que la question est ici fort simple, et qu'elle se résume dans ces deux termes : *hypertrophie de la prostate, — calcul vésical*, probablement phosphatique, chez un malade qui ne semble pas encore en puissance d'infection urinaire. De cette combinaison morbide naît une indication opératoire très nette, et notre conduite nous semble toute tracée.

Mais, avant de vous exposer ce que nous allons faire, je tiens à vous rapporter deux autres observations récentes, dans lesquelles l'*hypertrophie de la prostate* et le *calcul vésical* se trouvaient associés, et créaient, par là même, des accidents particuliers.

L'un de ces faits s'est passé, ici même, sous vos yeux, en décembre dernier. Vous vous souvenez de ce vieillard de 68 ans, aux traits tirés, maigre, à peau jaunâtre et ridée, qui nous était envoyé du Bureau Central, pour des accidents urinaires graves. Son histoire n'était pas très complexe, au moins telle qu'il la racontait : depuis plusieurs années, il urinait souvent, surtout la nuit, et souvent avec peine; son urine était « chargée », trouble; il perdait l'appétit et se cachectisait de plus en plus. Peu de douleurs, en somme, à part une certaine pesanteur dans le bas-ventre, et qui

ques épreintes, de temps en temps, à la fin des mictions. Jamais il n'avait eu d'hématurie et il ne se souvient pas d'avoir jamais émis d'urine même légèrement teintée de sang. Dans le cours de l'été 1893, il entra à l'hôpital Necker, où il ne resta qu'une quinzaine de jours; deux ou trois mois plus tard, il se faisait admettre à l'hospice d'Ivry, où son séjour fut aussi de courte durée.

Le toucher rectal avait révélé une très grosse prostate, mais une sonde molle passait assez facilement. Le cathétérisme avec un instrument métallique ne fut donc pas pratiqué, et vous verrez dans un instant pourquoi j'insiste sur ce détail. En présence de l'état de l'urine, des mictions fréquentes et douloureuses, je me décidai à faire la *cystostomie sus-pubienne*[1]. Elle nous réservait des surprises.

La vessie était distendue et facile à sentir à l'hypogastre, à travers une paroi très amaigrie; aussi je ne fis aucune injection préliminaire dans la vessie. Dès que la ligne blanche fut incisée, et que j'introduisis mon doigt au fond de la plaie pour isoler la paroi vésicale antérieure, je tombai sur une masse dure, compacte, une véritable pierre, qui occupait la place du globe vésical : la vessie était bourrée de calculs. J'incisai assez largement sa paroi, et je retirai successivement un, deux, trois, jusqu'à six gros calculs, jaunes et durs. Les voici (Fig. 109) : vous remarquerez combien leurs facettes sont régulières; leur poids total est de 75 grammes. Dans la vessie, ils étaient appliqués les uns contre les autres, et figuraient, par leur ensemble, un véritable système géométrique; le gros calcul cubique en représentait la pièce centrale. Ce ne fut pas sans peine que j'arrivai à les saisir et à les extraire : les plus extérieurs étaient en partie enchâssés dans des fossettes de la muqueuse, en forme de demi-cellules.

Une fois la vessie vidée de ce volumineux contenu, j'explorai sa paroi interne, irrégulière et tomenteuse, et je trouvai une prostate uniformément grosse, que dominait un énorme bourrelet péri-cervical. Deg rands lavages boriqués, et la suture, aussi régulière que possible, des lèvres de la plaie vésicale aux bords de la plaie cutanée, terminèrent l'opération. Elle fut très bien supportée, et le résultat dépassa de beaucoup notre attente; nous avons conservé depuis lors ce brave homme; il est peu brillant, mais il vit.

1. Voy. les deux leçons suivantes.

il se nourrit, il ne souffre pas, son urèthre sus-pubien fonctionne très bien, et tous ceux qui l'ont suivi depuis son entrée salle Michon, sont persuadés, comme moi, que notre intervention seule lui a valu la survie, dont il bénéficie depuis lors[1].

A peu de semaines de là, je fus appelé, un soir, par mon ami le docteur Poursain, que nous avions l'an dernier parmi nous, auprès d'un homme d'une soixantaine d'années, pour des accidents pressants que voici. Disons tout de suite que le passé urinaire du malade de M. Poursain était assez complexe. Depuis plusieurs années, il souffrait de désordres de la miction, d'abord supportables et passagers, et qui s'étaient aggravés peu à peu : mictions fréquentes, surtout la nuit, ou, d'une façon générale, pendant le séjour au lit : mictions difficiles parfois, ébauches de rétention ; douleurs hypogastriques, avec leurs irradiations habituelles, et que la voiture, la marche, la station debout prolongée, réveillaient et augmentaient toujours ; enfin mictions fréquemment sanglantes, et cela, presque toujours, au moment des crises douloureuses, et à la suite des fatigues. Depuis, le malade, se croyant atteint de la pierre, aurait consulté un spécialiste, mais l'exploration de la vessie aurait été négative. Toujours est-il que, depuis trois semaines, la situation n'a fait qu'empirer, et depuis huit jours, les cathétérismes journaliers sont devenus nécessaires ; mais la sonde ne passe plus, et l'irritation prolongée de l'urèthre.



Fig. 109. — Six gros calculs trouvés dans la même vessie (grandeur naturelle).

1. Il s'est éteint lentement, au bout de huit mois de survie. L'examen de son urèthre sus-pubien est rapporté plus loin. (Cystostomie sus-pubienne. Technique.)

le spasme, la congestion prostatique exagérant encore l'obstacle ordinaire, ont rendu impossible, depuis la veille, toute évacuation de l'urine.

Nous trouvons le malade dans un état alarmant : il est pâle, frissonnant, les traits tirés, la langue blanche et un peu sèche, le pouls fréquent et petit. La prostate est très volumineuse, mais l'analyse des accidents antérieurs, que je viens de vous exposer, dénote très nettement l'existence d'un calcul vésical, même en dehors de toute exploration directe. Nous sommes donc, ici encore, en présence de cette association morbide, dont nous venions de voir un exemple frappant; *calcul et grosse prostate.*

Toujours est-il qu'une intervention immédiate s'imposait : il fallait ouvrir la vessie à l'hypogastre. L'opération fut pratiquée, séance tenante, avec l'aide de MM. Poursain et Pasteau, et je n'insiste pas sur les détails : la vessie contenait trois calculs phosphatiques, de dimensions respectables : la prostate soulevait le bas fond, et encerclait d'une épaisse voussure l'orifice du col; on ne sentait aucun lobe détaché ou pédiculé, qui eût prêté à une excision partielle. Nous n'avions donc plus qu'à terminer l'opération, en faisant un urèthre contre nature, sus-pubien, comme dans l'observation précédente. Une sonde en caoutchouc fut laissée dans l'orifice, et appareillée avec un long tube élastique qui descendait jusque dans un vase placé au pied du lit, et qui formait siphon.

Les suites de notre intervention furent excellentes, et, grâce aux soins de M. le docteur Poursain, le rétablissement du malade est aujourd'hui complet. Je l'ai revu tout récemment et je ne l'ai pas reconnu tout d'abord, tant sa mine est changée et son aspect florissant. Il a repris ses occupations, il urine bien et ne souffre plus; l'urèthre sous-pubien, qui a fonctionné régulièrement pendant les deux premiers mois s'est rétréci, depuis que la miction par l'urèthre s'est rétablie, et n'est plus représenté aujourd'hui que par un petit trajet, une sorte de voie de sûreté, qui laisse suinter très peu de liquide, mais qui pourrait servir de nouveau, le cas échéant.

Vous voyez donc, Messieurs, que, dans nos trois faits, si le tableau clinique diffère, le complexus morbide est identique : nos trois malades sont à la fois calculeux et prostatiques; et trois exemples, relevés en peu de mois, suffisent à montrer que pareille éventualité n'est pas exceptionnelle. C'est, du reste, un côté bien connu de l'histoire de grosses prostates. La stagnation, permanente

de l'urine, qu'entretient l'obstacle uréthral, et le large bas-fond, qui jamais ne se vide tout entier, ne créent-ils pas, aux calculs phosphatiques, des conditions de genèse excellentes? Et ne savons-nous pas, d'autre part, combien certaines urines déposent, naturellement, pour ainsi dire, des phosphates? Tout récemment, au second jour d'une hystérectomie vaginale, une de nos opérées, à qui nous avions mis, comme d'ordinaire, une sonde molle à demeure, n'urinait pas : on retira la sonde, non sans douleur : elle était incrustée d'une couche déjà épaisse d'enduit phosphatique, et son œil terminal en était totalement oblitéré. Un malade, que j'ai soigné l'an dernier à l'hôpital Necker, ne pouvait tolérer plus de deux jours une sonde à demeure, une sonde de caoutchouc rouge : au bout de ce bref séjour, on ne la retirait qu'avec peine, et sa portion intra-vésicale était toute blanche, rugueuse et encroûtée de calcaire. Je fis plus tard, sur ce même malade, une taille hypogastrique, et je trouvai une énorme quantité de poussière phosphatique, et la muqueuse doublée de plaques de même aspect et de même nature. Il est aisé de comprendre, d'après cela, que s'il survient, par surcroît, un obstacle permanent à l'émission de l'urine, les calculs aient beau jeu à se produire.

Leur coexistence avec l'hypertrophie de la prostate modifie dans une certaine mesure la teneur clinique générale du simple prostatisme, et provoque des accidents spéciaux. Je veux insister surtout sur l'*élément douleur*, qui, du fait du calcul, vient prendre place dans le syndrome clinique, et cela avec ses caractères d'acuité, d'exaspération à la suite des mouvements ou des secousses, d'irradiation dans la verge et à l'extrémité du gland. Cette douleur spéciale du gland est frappante, chez notre dernier malade, et chez celui que nous allons opérer dans un instant, et de ce fait elle acquiert une réelle valeur : par elle seule, elle devra vous faire penser au calcul et tourner de ce côté votre interrogatoire et votre examen. J'ajoute pourtant que les vessies de vieillards sont parfois d'une tolérance étrange, et je n'en saurais trouver de preuve plus convaincante, que celle que nous en avons eue chez notre opéré du service : cinq gros calculs et une grosse prostate n'avaient déterminé, en somme, avant les dernières semaines, que des désordres locaux de caractère banal, fréquence des mictions, quelques douleurs, en somme, à part l'affaiblissement général, les petites mi-

sères, qui sont le lot commun des prostatiques, mais pas d'hématurie, pas de signes de quelque netteté. Concluez avec moi qu'une exploration directe est toujours nécessaire.

Je vous ferai remarquer encore que la crise aiguë, pour laquelle j'ai été appelé auprès de mon dernier opéré, et celle à laquelle nous assistons chez notre malade d'aujourd'hui, se différencient par plusieurs traits de la crise aiguë du prostatique. C'est généralement la rétention aiguë que l'on observe dans ce dernier cas, avec son cortège douloureux, et l'évolution plus ou moins rapide d'accidents infectieux : notre malade urine encore, en petite quantité, mais *il souffre cruellement pendant toute la durée de cette miction, il continue à souffrir même après l'évacuation de la vessie, et, si l'introduction de la sonde est, en somme, aisée, elle réveille des douleurs intolérables et des spasmes très difficiles à calmer.* L'état général se ressent aussi de cette prédominance des phénomènes douloureux : le malade est inquiet, agité, il a perdu l'appétit et le sommeil, mais la température est à peu près normale, il n'y a pas de frissons, il n'y a pas d'indices d'une infection confirmée.

L'urgence d'une intervention ne s'en impose pas moins et, du fait de cette coexistence des calculs et de l'hypertrophie prostatique, la route à suivre me semble, comme je vous le disais en commençant, toute tracée. La lithotritie ne présenterait pas de difficultés : le calcul est mou, l'urèthre est suffisamment perméable, et le chloroforme ferait tomber ce spasme dont nous parlions; du reste, une fois déjà, elle a été pratiquée, et avec un résultat satisfaisant. Pourtant je ne la ferai pas; je m'adresserai, de propos délibéré, à la *taille hypogastrique*, et voici pourquoi.

Ce n'est pas, je viens de vous le dire, la nature du calcul ni l'obstacle prostatique qui m'arrêtent. Non, ce qui me conduit à ouvrir la vessie à l'hypogastre, c'est que, par cette large voie, je pourrai aussi, si les conditions locales s'y prêtent, agir sur la prostate. Je n'ai nullement l'intention, croyez-le bien, de faire une excision large de la glande hypertrophiée, de tenter une prostatectomie étendue, c'est-à-dire une opération grave, et de bénéfice fort discutable. Tout ce que vous lirez, Messieurs, sur ces grandes tunnellisations de la prostate, et les collections de faits précis que vous pourrez consulter, vous confirmeront, j'en suis sûr, dans une sage réserve. Mais, si nous rencontrons un lobe moyen proé-

minent, implanté par une base étroite sur le reste de la glande, et formant opercule au col de la vessie, nous ferons, je crois, besogne utile et peu dangereuse en l'enlevant; et la sonde passe avec assez de facilité, dans la plus grande partie de la traversée prostatique, pour que nous supposions, avec vraisemblance, un obstacle haut situé, localisé au col. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une disposition exceptionnelle : chez deux cystostomisés récents, j'ai très bien senti ce relief isolé, en apparence, du moins, du lobe moyen, et j'ai regretté, plus tard, de n'avoir pas excisé cette sorte de soupape.

Enfin, en l'ouvrant et en la laissant ouverte à l'hypogastre, je vais mettre au repos complet cette vessie irritée; et, peut-être, si l'obstacle prostatique me semble irrémédiable, la fistulisation post-opératoire pourra-t-elle devenir définitive, et la taille hypogastrique m'aura servi à une double fin, l'extraction du calcul et l'établissement d'un urèthre contre nature.

La taille hypogastrique a donc été pratiquée le 7 mars. L'organe ouvert, on trouva un gros calcul phosphatique, du volume d'une grosse châtaigne, et qui s'effrita sous la tenette. L'extraction en fut faite par fragments, et un grand lavage boriqué acheva de débarrasser de tous les débris la cavité vésicale.

J'explorai alors la prostate : *du lobe moyen se détachait un prolongement sous forme d'un gros grain de raisin bien isolé et qui s'avançait au-dessus du col.* Je le saisis avec une pince érigne, et, après avoir tenté inutilement de l'enserrer d'un fil, je l'excisai peu à peu avec des ciseaux courbes : il s'écoula très peu de sang, qu'une injection boriquée chaude arrêta sans peine. La plaie vésicale fut rétrécie en haut et en bas, et le tube-siphon Périer laissé à demeure. Le soir, il était bouché, et toute tentative pour rétablir la perméabilité ayant échoué, il fut remplacé par une simple sonde à demeure hypogastrique, appareillée avec un long tube élastique faisant siphon et s'ouvrant dans un bocal, placé à terre. Ce fut le seul incident, et la guérison se poursuivit dès lors sans le moindre ennui. Le 13 avril, le trajet hypogastrique, que je m'étais décidé à fermer, était complètement oblitéré; la miction était régulière et indolente; l'état général excellent, et l'opéré demandait à rentrer chez lui.

VI

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — INDICATIONS

Définition générale et indications : 1° Fistules urinaires inférieures, recto-uréthrales, uréthro-vaginales, etc; 2° Cystites douloureuses; 3° Obstacles à la miction, d'origine uréthrale : rupture de la verge, exemple. — Certaines variétés de rétrécissements. — La Cystostomie chez les prostatiques : discussion des indications, exemples. — Cystostomie précoce : importance de l'état des reins. — Cystostomie temporaire ou définitive.

Messieurs,

Nous allons pratiquer tout à l'heure, chez un prostatique, une cystostomie sus-pubienne, et je saisis avec empressement cette occasion qui m'est offerte de vous entretenir de cette opération, sinon nouvelle, du moins renouvelée, et qui, depuis quelque temps, a fait tant de bruit.

Définissons-la d'abord, si vous le voulez bien. Faire la cystostomie sus-pubienne, *c'est ouvrir, à la région hypogastrique, une voie de dérivation, permanente ou temporaire, à l'urine*; c'est créer un urèthre contre nature, un méat artificiel; c'est établir, pour un temps ou pour toujours, le cysto-drainage hypogastrique, si vous acceptez ce mot, qui ne vaut, du reste, que par l'idée qu'il exprime.

Posée en ces termes généraux, et dégagée de toute question de technique et de procédés, la cystostomie sus-pubienne est plus facile à discuter, en tant que *méthode thérapeutique*; les indications en ressortent plus nettement et se prêtent à une interprétation plus libre et plus générale.

De fait, elles sont nombreuses, *les indications de la dérivation sus-pubienne de l'urine*; et, si, elles ont été surtout étudiées chez les prostatiques, elles se présentent, tout aussi urgentes, dans d'autres conditions. Elles se retrouvent, en somme, dans une série de faits que l'on peut classer de la façon suivante :

1° *Obstacles à la miction, d'origine uréthrale;*

2° *Vessie infectée ou douloureuse;*

3° *Fistules urinaires inférieures*, recto-uréthrales, uréthro-vaginales, etc., la cystostomie servant, en pareil cas, d'opération préliminaire. Il est évident que les indications de ces diverses catégories, surtout des deux premières, se mêlent et se combinent souvent, et qu'elles ne sauraient être posées sous cette forme brute, sans une analyse précise et individuelle.

Laissez-moi donc vous donner quelques exemples.

J'écrivais, en 1893, à la fin d'un article sur la cystostomie et le cysto-drainage hypogastrique[1] : « Je n'hésiterais pas à faire de la dérivation hypogastrique de l'urine le premier temps de la cure de certaines fistules rebelles, telles que les fistules recto-uréthrales. L'action du liquide, qui baigne la ligne de sutures et s'insinue entre ses lèvres, n'est-elle pas, ici, le principal écueil? » J'avais en vue ce petit malade de 5 ans, que vous avez vu plusieurs mois dans nos salles, et que nous avons guéri, après une série d'efforts, d'une large fistule recto-uréthrale congénitale. J'étais décidé, si la sonde à demeure ne pouvait être longtemps tolérée, à ouvrir la vessie au-dessus du pubis et à créer *un urèthre contre nature temporaire*. La bénignité ordinaire de cette intervention, et la facilité avec laquelle se ferment ces fistules hypogastriques, une fois rétablie la voie normale, m'autorisaient pleinement, me semblait-il, à procéder de la sorte. Mon petit opéré supporta, cette fois, la sonde à merveille et guérit complètement[2]; je n'en suis pas moins tout prêt à utiliser, en pareille circonstance, cette *cystostomie préliminaire*, qui me paraît d'excellente pratique[3].

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, les services que rend l'ouverture de la vessie à l'hypogastre, dans les cystites douloureuses : la question date de loin déjà, et tout a été dit. Je ne puis m'empêcher d'insister pourtant sur le soulagement extrême et immédiat que cette « mise au repos » de l'organe assure aux malades, ici, du reste, comme dans les autres états douloureux de la vessie et de l'urèthre, dont nous parlerons dans un instant. Je n'en ai jamais

1. *Cystostomie et cysto-drainage hypogastriques. Semaine médicale*, 1893, p. 153.
2. Voy. *Cure opératoire des fistules recto-uréthrales*, p. 415.
3. Au Congrès de Chirurgie de Lyon, M. Loumeau (de Bordeaux) a apporté des documents à l'appui de cette question de la *Cystostomie appliquée à la cure de certaines fistules uréthrales*; et M. Pousson (de Bordeaux) a relaté deux observations où il a utilisé la voie vésicale pour l'occlusion de fistules vésico-vaginales ou vésico-intestinales. (Voy. Pousson : *De la Cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-intestinales.* (*Archives prov. de Chirurgie*, 1894, n° 12, p. 741.)

vu de preuve plus frappante que chez un malade d'une trentaine d'années, que je soignai l'an dernier, salle Civiale, à l'hôpital Necker. Ses jours et surtout ses nuits n'étaient qu'un long supplice; envies très fréquentes, ténesmes, brûlures le long du canal, sensation de constriction et de spasme à l'hypogastre, il avait, au grand complet, toutes les réactions douloureuses de la cystite tuberculeuse. Pâle, amaigri, toussant déjà, son état général était si précaire, que j'hésitai d'abord à intervenir; mais tous les autres moyens, mis en œuvre, étaient impuissants, et je me décidai à faire la cystostomie sus-pubienne. Le résultat en fut inespéré, et la santé générale s'améliora d'une façon inattendue.

Mais venons à des applications plus actuelles, si j'ose dire, et de discussion plus récente.

Le 8 mars 1893, on m'amenait à l'hôpital Necker (salle Civiale) un charbonnier de 24 ans, qui s'était rompu la verge, trois jours auparavant. C'était le soir du 5, que, dans une tentative maladroite de coït, l'accident avait eu lieu : le pénis s'était comme tordu, au milieu d'une douleur horrible; du sang rouge s'était écoulé, en abondance, par le méat, puis l'hémorrhagie avait fini par se tarir d'elle-même. Dans le courant de la nuit, le malade eut une miction; le lendemain, il urina encore, mais avec effort et goutte à goutte. dans la journée du surlendemain, la miction devenait complètement impossible, en même temps que la verge et les bourses se tuméfiaient de plus en plus.

Il entra, dans la soirée, à l'hôpital Necker, où je le trouvai, le matin, dans un état lamentable. Les bourses sont énormément distendues, et l'œdème remonte jusqu'au devant du pubis et jusqu'aux régions inguinales : quant à la verge, elle est, dans toute son étendue, noirâtre, flasque, doublée de volume pourtant, recouverte d'une peau à demi décollée et de larges phlyctènes séro-sanguinolentes. Le sphacèle total semblait imminent, et, me rappelant un fait du même genre, autrefois observé[1], je crus bien que c'en était fait du pénis de mon malade. Mais il fallait parer à des complications plus graves encore : le malade n'avait pas uriné depuis 24 heures, bien que la vessie fût peu distendue, ce qui s'expliquait suffisamment par l'abondance de l'infiltration urineuse. Je dé-

1. *Gangrène totale de la verge par infiltration d'urine.* — *France médicale*, 1890.

bridai largement, au thermo-cautère, toute la région œdématiée et je cherchai à introduire une sonde dans le canal, bien résolu, à ne pas insister, si je rencontrais les difficultés prévues; mais la conservation de la miction volontaire, le lendemain et le surlendemain de l'accident, semblait légitimer cette tentative. J'arrivai à passer une fine sonde, je le crus, du moins, mais je ne tardai pas à me convaincre que je n'avais pas pénétré jusque dans la vessie.

Je résolus dès lors de pratiquer la *cystostomie sus-pubienne*, de préférence à la boutonnière périnéale, et l'opération fut faite le 10 mars : mon incision verticale sus-pubienne traversa une épaisse couche de tissus infiltrés, et ce fut à une grande profondeur que j'arrivai sur la vessie : deux fils de soie, passés dans sa paroi, servirent à la fixer, et je la ponctionnai au bistouri. Une fois évacuée une grande quantité d'urine noirâtre et fétide, je fixai à la paroi abdominale, par six points de suture à la soie, la paroi de la vessie ouverte. Le soulagement fut immédiat, et le malade put dès lors, sans complication nouvelle, subvenir aux frais d'un long travail de réparation. La verge se dépouilla tout entière, mais le sphacèle, malgré les apparences primitives, n'avait intéressé que les téguments, et, une fois les eschares détachées, corps caverneux et spongieux étaient à nu sur toute leur surface, à part une bandelette de peau qui restait intacte sur la face inférieure.

Le 31 mars, je réussis à passer une bougie filiforme armée, et le 2 avril, je faisais une première séance de dilatation immédiate progressive, par le procédé de mon maître Le Fort : elle se terminait par l'introduction d'une sonde n° 14, qui était laissée à demeure. Je la remplaçai, le 4 avril, par une sonde n° 16, et le canal fut dès lors assez facile à calibrer. L'écoulement par l'orifice hypogastrique se restreignait à mesure, et bientôt le méat sus-pubien se réduisait à une étroite fistulette, donnant à peine quelques gouttes d'urine, et qui, le 20 avril, était définitivement fermée. Mais la verge, rétractée contre le pubis par la cicatrice, granuleuse et dépouillée sur une grande partie de son étendue, devait nécessiter plusieurs interventions réparatrices sur lesquelles je n'insiste pas : greffes d'Ollier-Thiersch, autoplastie aux dépens d'un double lambeau scrotal, excision de la cicatrice, furent successivement mises en œuvre, et, après de longs efforts, le malade nous quittait, le 24 septembre, bien guéri, avec une verge presque normale, recouverte, bien mobile, et depuis, il m'a fait la confidence, qu'il

avait lieu d'être aussi satisfait de la restauration fonctionnelle que de la restauration morphologique.

Vous reconnaîtrez, Messieurs, que la cystostomie sus-pubienne m'a rendu, ici, les plus grands services, et je conclurais volontiers que, *dans les ruptures complètes de la portion pénienne de l'urèthre*, elle représente l'intervention de choix, l'intervention urgente, qui, seule et à peu de frais, en écartant les dangers de l'infiltration envahissante, puisse mettre la verge, déjà si compromise, dans la situation la plus favorable à une réparation satisfaisante.

Chez *certains rétrécis*, la *cystostomie temporaire* peut avoir aussi des indications. Du moins m'en suis-je bien trouvé chez les deux malades, dont voici l'histoire résumée.

Le premier était un tonnelier de 35 ans, qui entra, salle Civiale, avec une vessie distendue, et urinant goutte à goutte, par regorgement. Il avait eu une première blennorrhagie à 18 ans, une seconde à 25 ans, et, depuis cinq ans, il éprouvait des difficultés croissantes à uriner : son jet d'urine était de plus en plus petit. A deux reprises, dans les mois précédents, il était venu se faire soigner à l'hôpital, mais il avait été obligé, chaque fois, d'abréger son séjour et de retourner chez lui, avant même qu'on ait pu franchir l'obstacle et passer une sonde. Depuis deux jours, la miction ne se faisait plus que goutte à goutte, et déjà se montrait un léger œdème du périnée et des bourses. J'essayai le cathétérisme, en utilisant tous les procédés en usage en pareil cas : rien ne passait ; il y avait, à la région bulbaire, toute une zone coarctée, un défilé de rétrécissements, dans lequel s'engageait bien l'extrémité d'une fine bougie tortillée, mais sans pouvoir aller plus loin. Durant deux jours, toutes mes tentatives échouèrent. Cependant la situation s'aggravait, l'œdème du périnée s'accentuait, la température était à 39 degrés, chaque séance de cathétérisme était suivie de vives douleurs, il y avait urgence à mettre au repos cet urèthre, *momentanément infranchissable*, et dans lequel l'irritation et le spasme jouaient évidemment un grand rôle.

Je fis donc une ponction sus-pubienne de la vessie avec un gros trocart, et je glissai, à sa place, une sonde de caoutchouc rouge, qui fut appareillée avec un tube-siphon. L'écoulement continu de l'urine était assuré, et la vessie fut lavée plusieurs fois par jour, à la solution boriquée tiède. La fièvre tomba, les douleurs cessè-

rent, l'appétit reparut. Huit jours après, je passai, sans trop de peine, une bougie fine, et, le lendemain, je laissais à demeure une sonde n° 9; mais la dilatation ne put être poussée plus loin, et je dus remettre une bougie armée, et pratiquer la dilatation immédiate progressive, qui me permit d'introduire une sonde n° 12. Je la remplaçai quelques jours après par une sonde n° 15, et la dilatation continua régulièrement jusqu'au 22. L'œdème périnéo-scrotal avait disparu, mais un petit abcès superficiel s'était formé au périnée, qui, du reste, ne laissa couler aucune trace d'urine et se ferma très vite. Au bout d'un mois, notre malade sortait, urinant très bien; quant à l'orifice hypogastrique, *il s'était oblitéré spontanément, en quelques jours, dès qu'une sonde à demeure, de calibre moyen, avait pu être supportée*, et il n'en restait plus comme trace qu'un petit point cicatriciel.

L'odyssée de mon second malade est plus complexe. C'était, lui aussi, un très ancien rétréci, qui accusait une blennorrhagie de 18 ans, et, depuis de longues années (il avait 40 ans), urinait mal sans jamais se faire soigner. Depuis douze jours, les accidents étaient devenus aigus, la miction était d'une extrême difficulté, et, avant son entrée à l'hôpital, trois médecins avaient tenté en vain le cathétérisme, sans autre résultat que de faire saigner l'urèthre. On arriva pourtant, le soir de l'entrée, à faire passer une petite sonde n° 8, et à évacuer la vessie; mais, dans la nuit, la sonde fut chassée au dehors, et il fut impossible de la remettre en place. Ici encore, les obstacles commençaient vers le milieu de la région spongieuse, et semblaient se combiner et s'enchevêtrer, en série ininterrompue, jusqu'à la portion membraneuse; de plus l'urèthre était saignant et déchiré, et les fausses routes contribuaient encore à égarer les bougies. La vessie s'était distendue de nouveau, l'œdème gagnait le périnée et les bourses, et l'état général était loin d'être satisfaisant. Là encore, il fallait aller au plus pressé : je fis, à l'hypogastre, une ponction de la vessie avec un gros trocart, et je remplaçai l'instrument par une sonde; mais je n'avais eu sous la main qu'un instrument trop petit, et l'orifice vésical était insuffisant à assurer une dérivation complète; la vessie se vidait mal. Le lendemain, j'agrandis l'orifice au bistouri, et je plaçai une sonde n° 22, appareillée avec un siphon. La vessie renfermait une urine très trouble et contenant de nombreux débris

phosphatiques; elle fut soumise à de grands lavages quotidiens. L'œdème ne tomba qu'au bout de quelques jours, et un abcès se forma et fut ouvert, à la racine de la verge, à gauche, mais sans donner issue à la moindre trace d'urine. C'était le reliquat de l'infiltration, déjà en voie de s'étendre, lorsque j'étais intervenu, et j'aurais sans doute évité ces quelques accidents, si j'avais fait quelques incisions superficielles au périnée et au scrotum, tout en ouvrant la vessie.

Toujours est-il que tout se borna là, et qu'il survint, à dater de ce moment, une période de calme complet, qui permit au malade, très anémié et dont les reins étaient plus que suspects, de reprendre des forces. Mais la dilatation de l'urèthre nous réservait des difficultés extrêmes, d'autant plus qu'il était très intolérant, et que la moindre séance de cathétérisme était suivie de douleurs persistantes et de spasmes qui aggravaient encore l'obstacle. Après trois mois d'efforts, je me décidai à ouvrir largement la vessie, en me servant du méat sus-pubien, et à faire le cathétérisme rétrograde; l'opération fut pratiquée, à l'Hôtel-Dieu, le 9 septembre 1893. Elle me permit de faire la biopsie de ce canal sus-pubien, obtenu au trocart; nous en parlerons plus loin. Je trouvai la vessie remplie de poussière phosphatique, et j'arrivai, après l'avoir dûment vidée et lavée, à faire pénétrer une bougie par le col et à l'introduire d'une notable longueur : il me fut impossible d'aller plus loin; mais, dès que je l'eus retirée, j'introduisis, par le méat, une bougie armée, qui, cette fois, se laissa conduire tout d'un trait jusque dans la vessie. Séance tenante, la dilatation immédiate fut pratiquée, et une sonde en gomme n° 15 laissée à demeure. La plaie vésicale fut réunie, et la plaie pariétale complètement suturée. La guérison se fit sans incident, et le malade sortit de l'hôpital, vers le milieu d'octobre, avec un urèthre de calibre normal et régulier : il avait repris de l'embonpoint et sa santé générale était excellente[1].

Sans vouloir aucunement ériger en méthode cette pratique d'exception, je crois donc, Messieurs, qu'en présence de certains rétrécissements temporairement infranchissables, avec des urèthres très intolérants, déjà maltraités par des tentatives réitérées de cathété-

1. J'ai communiqué les trois observations précédentes à M. le Dr Poullain, pour sa thèse. (*De la Cystostomie sus-pubienne temporaire, appliquée au traitement des Rétrécissements compliqués de l'urèthre.* Lyon, 1894.)

risme, une vessie distendue, des accidents généraux déjà confirmés, et une infiltration d'urine qui menace, je crois, que, dans ces conditions, il est utile de ne pas poursuivre outre mesure les tentatives de cathétérisme, et que la cystostomie est alors une précieuse ressource, du reste parfaitement inoffensive. Elle a, de plus, cet avantage et cette supériorité sur l'anus contre nature temporaire, avec lequel on a tendance à la comparer, que le méat artificiel ainsi créé s'oblitère de lui-même, ou à la suite d'une intervention très légère, dès que le canal uréthral a repris sa complète perméabilité.

C'est, avant tout, chez les prostatiques que la cystostomie est appelée à rendre de grands services. M. le professeur Poncet (de Lyon) a eu le grand mérite d'appeler sur elle l'attention du monde chirurgical, d'en poser et d'en discuter les indications, d'en fournir un manuel opératoire précis, et enfin, par le grand nombre d'observations qui ont été publiées, par lui ou par ses élèves, de donner une large base à l'étude et à la critique de la question.

La cystostomie nous semble trouver ses applications dans les conditions suivantes :

1° *Dans certaines crises de prostatisme aigu, caractérisées par une rétention complète, se greffant sur une dysurie ancienne, et compliquées d'accidents généraux graves, alors que des essais suffisamment prolongés de catathérisme sont restés infructueux;*

2° *Lors de difficultés persistantes de la miction et du cathétérisme*, accompagnées de rétention incomplète, de douleurs, d'hémorrhagies, au passage de la sonde;

3° *Lors d'infection vésicale confirmée.*

Mais ici encore les termes, toujours un peu vagues, des indications générales demandent à être précisés et éclairés par des faits.

Dans la première circonstance, devant une rétention aiguë, *qui complique brusquement des accidents anciens et graves*, la cystostomie s'impose parfois[1]. Vous voyez venir de temps en temps, dans le service, un vieillard de 77 ans, aujourd'hui frais, guilleret, bien portant, qui doit certainement la vie à cette intervention

1. On ne saurait soutenir, que toute rétention d'urine, chez un prostatique, soit justiciable, si le cathétérisme ne réussit pas, d'une cystostomie immédiate; dans les cas ordinaires, la ponction aspiratrice permet souvent d'attendre que la crise congestive soit passée.

d'urgence. Il m'arriva, à l'Hôtel-Dieu, en octobre 1893, dans une situation des plus alarmantes : accidents prostatiques remontant à plusieurs années, rétention aiguë depuis trente-six heures, cathétérismes infructueux, pratiqués en ville, et déchirures de l'urèthre, vessie distendue, fièvre et accidents d'infection urineuse grave, langue sèche et blanche, face pâle et bistrée. — Que faire? Ouvrir la vessie, pour assurer un libre cours à l'urine et réaliser une désinfection complète. Le matin même, je pratiquai la cystostomie sus-pubienne, sans chloroforme, en me contentant de l'anesthésie locale; le malade me paraissait trop déprimé pour supporter sans danger l'anesthésie générale. Je suivis la technique indiquée par M. Poncet : incision vésicale sus-pubienne, découverte (du reste fort aisée) du globe vésical, sous une épaisse couche de graisse, fixation de la vessie par deux fils de soie, incision, évacuation d'une énorme quantité d'urine hématique et purulente, suture de la paroi vésicale aux lèvres de la plaie, en affrontant, le mieux possible, la muqueuse à la peau, lavage abondant de la vessie, pas de sonde dans l'orifice. Pourtant, au troisième jour, un peu de rougeur s'étant montrée au pourtour du méat hypogastrique, et ses bords paraissant un peu gonflés, j'introduisis une sonde de Pezzer dans la vessie, et j'installai le siphon, qui fonctionna régulièrement pendant une dizaine de jours. Le soulagement avait été immédiat, et l'état général s'amenda rapidement. Au dixième jour, les fils furent enlevés; le méat contre nature était déjà très régulier, un peu granuleux seulement en quelques points, où la muqueuse avait cédé sous la striction des fils. Aussi, pour éviter toute occlusion cicatricielle, je laissai à demeure, pendant quelques semaines, une sonde en caoutchouc rouge, qui, plus tard, était remise la nuit, ou de temps en temps. Aujourd'hui, le malade, bien guéri, conserve son nouvel urèthre, dont il a appris à se servir, et lui-même a constaté que la miction par l'urèthre normal, quand elle se produisait, en petite quantité, toujours, entraînait des douleurs.

Sur les 9 cystostomies que j'ai pratiquées jusqu'ici, 3 ont été faites sous la pression de ces indications urgentes, et j'ai la conviction d'avoir sauvé de la mort mes trois malades. A part celui dont je viens de vous rappeler l'histoire, un autre est encore bien vivant; le troisième, que vous avez longtemps vu dans le service, s'est éteint récemment, après plus d'une année de tranquille survie. Quand je l'opérai, à l'hôpital Necker, comme je vous le

dirai plus tard, il était mourant, à tel point que j'hésitai à tenter la moindre intervention.

Notre malade d'aujourd'hui nous fournit un exemple de la seconde série d'indications.

Chez lui, les accidents du prostatisme datent de loin, mais il n'a jamais eu de rétention aiguë. Les envies sont très fréquentes, les mictions difficiles, incomplètes, et la vessie reste à demi distendue. Le cathétérisme est très difficile, très douloureux; la sonde à demeure, très mal supportée. L'urine est à peine trouble, mais l'état général laisse à désirer, et le malade s'affaiblit de jour en jour.

Que faire? Maintenir quand même une sonde à demeure, malgré les douleurs et l'irritation uréthrale qu'elle entretient? — Faire des cathétérismes journaliers, toujours extrêmement pénibles, et pour le malade et pour le chirurgien, et qui, certainement, comme le fait s'est déjà produit, à certains jours échoueront? Nous préférons, cette fois encore, recourir à la cystostomie sus-pubienne.

Du reste, un exemple récent vous a montré le bénéfice que les malades en retirent, dans cette forme de prostatisme chronique. Un vieux cocher de 68 ans nous arrivait dans le courant de juin, avec une rétention d'urine : déjà, en 1889, il était entré à la Pitié, pour un accident du même genre; le cathétérisme avait été facile, et, au bout de quelques jours, il retournait à son travail. Depuis longtemps, il avait des envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit, et tous les signes de l'hypertrophie prostatique. Une nouvelle rétention aiguë était survenue cinq jours avant son admission dans nos salles : sondé chez lui, à plusieurs reprises, nous le trouvions pourtant avec une vessie distendue, et urinant par regorgement.

Les sondes molles ne purent franchir l'obstacle, et, seule, la sonde métallique à grande courbure pénétra jusque dans la vessie, et l'urèthre, déjà blessé par les cathétérismes antérieurs, ne laissa pas, malgré tous les soins apportés à la manœuvre, que de saigner assez abondamment. La température était à 38°,5, la langue blanche, l'appétit nul. Au toucher, on constatait une hypertrophie considérable de la prostate, et qui portait sur tous ses diamètres. Le soir, il fallut naturellement répéter le cathétérisme, au prix des mêmes douleurs et d'un nouveau suintement sanguin : l'introduction d'une

sonde molle restait impossible, malgré tous les artifices, et durant quatre jours, le cathétérisme dut être répété ainsi.

Combien de temps cette situation se serait-elle prolongée, je ne sais; toujours est-il que, malgré toutes nos précautions, ces cathétérismes répétés étaient suivis de douleurs et d'hémorrhagies, et que la santé générale du malade s'altérait de plus en plus. Je me décidai donc à faire la cystostomie, et le 28 juin, je la pratiquai, à la cocaïne, par le procédé lyonnais. La muqueuse vésicale, ici, n'était que peu friable, et il me fut possible de réaliser, très régulièrement, *la cystostomie idéale*, dont nous parlerons plus tard : une fois la vessie ouverte, la muqueuse se laissa attirer sans peine jusqu'au contact des lèvres cutanées, et l'affrontement s'effectua très exactement : j'avais ainsi un canal sus-pubien, entièrement tapissé de muqueuse et dont l'orifice extérieur était bien arrondi et bien ourlé.

Ici encore, le soulagement fut immédiat et les accidents généraux cessèrent vite : la vessie fut, chaque jour, abondamment lavée à la solution boriquée tiède, et, bien que le malade continuât à émettre un peu d'urine par l'urèthre, le fonctionnement du méat hypogastrique s'établit très régulièrement. Notre cocher est sorti, à la fin de juillet, avec un appareil d'occlusion, construit par M. Colin : je l'ai revu depuis, il a repris son travail et continue à se déclarer très satisfait de sa nouvelle situation[1].

Il arrive souvent que *l'obstacle mécanique et l'infection vésicale se trouvent combinés*, et dans des conditions qui rendent indiscutable la nécessité de la cystostomie. Il en était ainsi chez un de nos derniers malades, un homme de 52 ans, qui entrait salle Michon, avec une rétention d'urine. Il n'avait jamais eu de blennorrhagie, et n'accusait, comme antécédents urinaires, que des accidents du même genre, qui se seraient produits en 1873 : il fut alors soigné à l'hôpital, et n'urina, pendant cinquante jours, que grâce à des cathétérismes quotidiens. Depuis plusieurs années, il avait, surtout la nuit, des envies fréquentes et impérieuses; il y a un mois, la miction devint très difficile, et les obstacles s'aggravèrent de plus en plus jusqu'à ces derniers jours.

On tenta le cathétérisme, sans résultat; au toucher rectal, on sen-

1. Il est revenu depuis me demander de fermer sa fistule hypogastrique; nous en parlerons plus loin.

tait une grosse prostate, et les sondes de toute forme, molles et rigides, s'arrêtaient profondément, dans la traversée prostatique. A la suite d'un grand bain chaud, notre homme urina seul. Le lendemain, j'essayai à mon tour le cathétérisme, sans plus de succès. — L'urine était trouble, blanchâtre, et laissait un abondant dépôt purulent. — Il n'y avait pas de douleur à la pression rénale, et l'état général était, en somme, très satisfaisant.

Nous étions donc en présence d'une cystite, déjà ancienne, probablement, et sur laquelle, le cathétérisme étant impossible, nous étions impuissants à agir; et bien que notre malade urinât, au prix de quelques difficultés, il restait exposé au retour des mêmes complications.

La cystostomie fut pratiquée, et nous révéla très nettement les caractères, assez particuliers, de l'obstacle prostatique. La paroi vésicale antérieure fut aisément découverte, fixée par deux fils et ponctionnée au bistouri le plus bas possible. Au doigt, je sentis une masse énorme, arrondie, sorte de voussure, qui soulevait le trigone, et encadrait, sur ses deux tiers postéro-latéraux, le col vésical : l'orifice du col ressemblait absolument au museau de tanche; il regardait en avant, et le doigt, qui y pénétrait sans peine, devait se diriger *horizontalement en arrière, jusqu'au fond de cette voussure, de ce chapiteau, que formait le lobe médian hypertrophié*. Il devenait aisé de nous expliquer pourquoi le bec de la sonde s'arrêtait *profondément*, sans pénétrer jamais dans la vessie.

Je terminai en pratiquant la cystostomie idéale, dont nous parlerons bientôt; et voilà, certes, un canal sus-pubien que je ne me presserai pas de fermer.

Les indications peuvent être encore élargies, et, en dehors de tout obstacle proprement dit à la miction, le fait seul d'une rétention incomplète chronique et d'une infection vésicale confirmée suffirait, au moins dans certains cas, à légitimer l'ouverture hypogastrique de la vessie : l'opération n'a plus alors pour but de suppléer à l'obstruction de la voie uréthrale, mais à l'insuffisance de la contraction vésicale, et, de plus elle permet la désinfection directe, large et complète, de la vessie. Cette seconde catégorie de prostatiques comprend les empoisonnés urinaires, suivant l'expression de M. Poncet, et *c'est à l'intoxication continue, d'origine vésicale, que s'adresse alors la cystostomie.*

Malheureusement la vessie n'est pas seule malade, chez les prostatiques, les voies urinaires supérieures, les reins, le sont aussi : et *le degré des lésions rénales* pèse d'un grand poids dans la balance et *influe beaucoup sur le pronostic définitif de l'intervention*. Qu'on puisse améliorer notablement l'état de la vessie, sinon la guérir; qu'on puisse l'empêcher, du moins, de servir de foyer permanent d'infection, cela est démontré; mais la pyélo-néphrite ascendante sera toujours une pierre d'achoppement. Quel en est le degré exact de gravité ? Que valent ces reins de vieux prostatiques, qui ne présentent souvent que des signes fort atténués d'insuffisance urinaire? Souvent on ne saurait le dire, et ce vague du diagnostic préliminaire plane toujours sur les résultats à attendre de la cystostomie. C'est là un argument de haute valeur à l'appui d'une intervention précoce.

Et les faits ne manquent pas à cette démonstration. Nous avons perdu trois de nos cystostomisés; tous trois ont été opérés trop tard, comme nous avons pu nous en convaincre à l'autopsie. Nous n'y pouvions rien : nous avons fait la cystostomie, dès que les malades ont été entre nos mains, comme une dernière ressource, que l'état général rendait bien aléatoire, mais que nous voulions tenter encore; et je suis bien persuadé que l'intervention, par elle-même, n'a en rien abrégé leurs derniers jours.

Rappelez-vous ce vieillard de 67 ans, que nous avons cystostomisé le 14 novembre dernier. Depuis 2 ans il urinait mal, et il avait dû, à maintes reprises, s'aliter et s'hospitaliser. Il n'avait jamais rendu de sang avec les urines, mais la miction était très difficile, nécessitait de grands efforts, et ne se faisait qu'en bavant, et toujours en petite quantité. Le liquide était trouble, avec un épais dépôt blanchâtre, les douleurs étaient très vives, surtout la nuit, et l'état général très précaire.

Quand il entra salle Michon, l'hypogastre était un peu distendu, ce qui tenait à l'évacuation toujours incomplète du réservoir vésical; mais une sonde molle, de calibre moyen, passait sans difficulté dans l'urèthre, et permettait d'évacuer une urine fétide et chargée de pus. Au toucher rectal, on sentait une prostate énorme, et dont le lobe moyen semblait le plus hypertrophié.

Je mis d'abord une sonde à demeure et je fis faire des lavages bi-quotidiens de la vessie; mais, la quantité de pus continuant à être très considérable, et le malade s'affaiblissant journellement,

je me décidai à pratiquer la cystostomie sus-pubienne, et à faire la désinfection large et directe de la vessie, seule réalisable, puisque les reins, assurément fort malades, me restaient inaccessibles.

L'opération fut faite sans chloroforme, l'anesthésie locale étant pratiquée au chlorure d'éthyle. Les divers temps furent ceux de la cystostomie régulière. Une fois la vessie ouverte, il s'écoula un quantité considérable, un demi-litre au moins, d'un pus d'apparence absolument phlegmoneuse, et qui remplissait tout le bas-fond. Suture des lèvres de la plaie vésicale aux lèvres cutanées, grands lavages vésicaux, installation du siphon.

A chacun des lavages, répétés deux fois par jour, il s'écoulait une certaine quantité de pus, mais de moins en moins abondante, et l'état du réservoir vésical paraissait en voie d'amélioration; mais la faiblesse générale persistait et s'aggravait, les vomissements survinrent, le lait seul passait encore, et avec peine; le 29 novembre, le malade commençait à délirer, et il s'éteignit dans la nuit.

C'était bien *la mort par le rein*; et de fait, à l'autopsie, nous avons trouvé les deux organes réduits au tiers de leur volume, parsemés de petits kystes et sclérosés; de plus, les deux bassinets étaient très dilatés et remplis de pus. Vous comprenez qu'avec de telles lésions, toute intervention vésicale était d'avance condamnée à l'impuissance.

Mais que faut-il entendre par ce mot de *cystostomie précoce*? A quelle date faut-il la faire, et sur quels indices nous baserons-nous pour dire : il est temps, tous les autres procédés, d'usage traditionnel, ne nous donneront rien, il faut ouvrir la vessie? Autre question connexe de la première : *cet urèthre sus-pubien, une fois créé, devra-t-il rester permanent*? Est-il destiné à remplacer, pendant le reste de la vie, l'urèthre normal; et faut-il, à ce dernier, donner une retraite définitive ou un congé à temps, plus ou moins prolongé?

La question est brûlante, et, il faut bien le dire, la doctrine, sur ce point, n'est pas encore assise. Pour ma part, je ne crois pas qu'on puisse répondre par une formule décisive et univoque, à cette double question. Je ne crois pas qu'on puisse légitimement, sinon exprimer en propres termes, du moins appliquer, dans la réalité, cette théorie, que tout prostatique, dont la miction est difficile et la vessie infectée, doive être, d'emblée, cystostomisé, et surtout

qu'il doive, pour le restant de ses jours, uriner par l'hypogastre. La sonde à demeure, le cathétérisme méthodique et journalier. l'antisepsie vésicale, toute cette hygiène du prostatique que le professeur Guyon a si bien décrite, ont fait depuis longtemps leurs preuves et fournissent, dans les cas moyens, les excellents résultats que nous connaissons tous.

Il y a là une question délicate d'opportunité, qui comporte des données très diverses, et ne peut se résoudre, en somme, qu'en présence du cas individuel. S'il existe, non seulement de la rétention incomplète continue et de l'évasement du bas-fond, mais une cystite confirmée; que les urines soient purulentes et la miction douloureuse, et si, de plus, l'urèthre est intolérant, irritable, et saigne au contact de la sonde, il n'est pas douteux que la voie hypogastrique ne soit la seule qui permette une désinfection complète et un traitement efficace des accidents uréthro-vésicaux. J'ajoute que l'état général, que les menaces ou les indices d'une infection ascendante, doivent hâter la détermination, et faire renoncer aux moyens de cure lente, applicables et utiles à un stade moins avancé. Enfin l'ancienneté des accidents prostatiques, l'âge même du sujet doivent entrer en ligne de compte. Plus les conditions de résistance générale et locale seront amoindries, moins il faudra faire fonds sur une méthode thérapeutique lente et peu active, suffisante peut-être pour des lésions encore relativement jeunes et sur un organisme presque indemme, mais qui, par cela même, devient dangereuse, devant une situation pressante et qui s'aggrave journellement.

Des réflexions du même genre s'appliquent à la question de la *cystostomie temporaire ou définitive*. Je me garderais de fermer l'urèthre sus-pubien de ce vieillard de 77 ans, dont je vous entretenais tout à l'heure : il s'en trouve trop bien, et lui-même, bien que moins enthousiaste à l'égard de son méat contre nature que ne l'était l'éminent et regretté professeur Diday, ne s'en séparerait pas volontiers; il a remarqué que la miction normale, par l'urèthre physiologique, était toujours un peu douloureuse, et il se console aisément de ne plus pouvoir *mingere ad parietes*. Son urine n'est plus purulente, tous les signes de cystite ont disparu, c'est vrai; mais nous savons que, chez lui, les accidents datent de loin. Nous savons (et nous l'avons constaté *de visu*) que sa prostate est

énorme et que le lobe moyen obture presque et déforme considérablement le col de la vessie : il est donc bien certain qu'au bout d'une trêve, très courte peut-être, les accidents primitifs éclateraient de nouveau.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : après une cystostomie, pratiquée au cours d'accidents pressants, l'état des voies urinaires peut s'améliorer notablement, les phénomènes d'infection disparaître, les complications uréthro-vésicales, qui, pour une part, relèvent de la congestion, s'atténuer, et, si les reins ne sont pas trop malades, si l'hypertrophie prostatique ne dépasse pas certaines limites, il peut s'établir, de nouveau, avec l'urèthre physiologique, un *modus vivendi* très tolérable, et que des soins persévérants, qu'une hygiène, cette fois très attentive, rendront permanent.

Pourquoi refuser à ces malades, après une période d'attente de durée suffisante, de reprendre leurs fonctions normales? Quoi qu'on en ait dit, l'urèthre contre nature est et sera toujours une infirmité, moins pénible, sans doute, et de beaucoup, que l'anus contre nature, utile, nécessaire, plus ou moins facile à pallier, je suis loin de le nier, mais qui n'en conserve pas moins toujours ce caractère. Consultez les malades : il en est bien peu qui ne préféreront uriner comme tout le monde, au prix de quelque gène, de précautions nombreuses et d'une hygiène pénible, plutôt que de perdre leurs urines, à intervalles plus ou moins éloignés, par un méat hypogastrique, et de porter au-dessus du pubis la plaque obturatrice ou l'urinal le plus perfectionné. Il me semble très légitime, pour ma part, de satisfaire, dans certains cas donnés, ce désir très humain, sous la réserve, et sous la réserve expresse, que l'état des reins et des voies urinaires inférieures permette de le faire sans danger.

En pratique, quelles que soient les éventualités à venir, nous devons faire la cystostomie, comme si elle devait être définitive. Vous allez suivre, dans un instant, les divers temps de l'opération, et nous étudierons, dans notre prochaine leçon, la technique, ses procédés et ses résultats.

VII

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. — TECHNIQUE

Procédé de nécessité : l'opération de Méry, le cysto-drainage. — Deux exemples. — Discussion des indications. — Procédé de choix : la cystostomie lyonnaise (opération de Poncet). — Technique. — Lieu d'élection pour l'incision de la vessie. — Modes de suture de la vessie à la peau : cystostomie idéale. — Anatomie et physiologie des urèthres sus-pubiens. — La miction des cystostomisés, rareté de la continence, avec tous les procédés. — Examen anatomique de trois canaux hypogastriques. — Absence d'éléments musculaires et de sphincters proprement dits : longueur, obliquité, coudures du trajet sus-pubien.

Messieurs,

Je tiens à revenir aujourd'hui sur la technique de la cystostomie, et à analyser devant vous la pratique que nous avons suivie. Aussi bien cette question de manuel opératoire a-t-elle fourni matière à des discussions qui témoignent de son importance.

Il y a deux procédés : *un procédé de nécessité*; *un procédé de choix.*

Le premier n'est autre que la ponction au gros trocart, suivie de l'introduction d'une sonde à demeure, sus-pubienne. Elle ne date pas d'hier, elle remonte à Méry [1]. Autrefois, elle a donné lieu à

1. Voici, en résumé, la première observation de Méry, qui date de 1701 : « Un pauvre homme, âgé de 60 ans environ, ne pouvant point uriner depuis vingt-huit heures, vint à l'Hôtel-Dieu, pour y chercher le secours dont il avait besoin. On tenta plusieurs fois de le sonder, on n'en put venir à bout. Je le fis baigner, etc. Je pris enfin la résolution de faire, *au-dessus des os pubis à côté de la partie externe inférieure du muscle droit du ventre, une ponction au corps de la vessie, avec un trocart, portant avec lui sa canule.* Il en sortit trois chopines d'urine, qui parut d'abord mêlée de pus et de glaires. Je ne laissai la canule dans la vessie que jusqu'au lendemain, parce que, étant d'acier, je craignais que les parties piquées n'en souffrissent. Ce jour-là se passa sans urine, ce qui m'engagea, sur le soir, à répéter la ponction par le même endroit, en prenant la précaution de porter dans la vessie mon trocart garni de sa canule d'argent, dont je crus que les parties se pourraient mieux accommoder. Je laissai pendant deux jours cette canule dans la vessie, à la fin desquels l'urine commença à couler peu à peu par la verge, ce qui me porta à retirer la canule.... Quoique j'aie fait la ponction à la partie inférieure du muscle droit, pour entrer dans la vessie et éviter l'artère et la veine épigastriques, qui rampentsur la face interne de ce muscle, je crois cependant qu'elle se peut faire, sans courir aucun risque, *immédiatement au-dessus de la symphyse des os pubis, entre les deux muscles pyramidaux.* » (Extrait des « Observations sur les hernies »,

certains accidents, dont les principaux sont l'infiltration d'urine dans la paroi et le phlegmon hypogastrique : entourée des précautions nécessaires, et d'ailleurs fort simples, elle est d'une innocuité certaine. Les reproches qu'on lui adresse sont toujours les mêmes : mais on ne cite guère de faits à l'appui.

Je m'empresse d'ajouter que *je ne l'ai jamais tenue pour la méthode d'élection, et que je l'ai pratiquée, après tant d'autres, dans de rares conditions, où, seule, elle était praticable.*

J'ai pensé, et je pense toujours, qu'il est telles circonstances où il faut savoir sacrifier la lettre pour sauver l'esprit, pour remplir l'indication essentielle d'une méthode. Pour avoir rappelé que cette vieille opération de Méry, ainsi comprise, rajeunie, proprement faite, est susceptible de fournir, dans certains cas, de bons résultats, primitifs et lointains [1], j'ai eu l'heureuse chance de provoquer une réponse de M. Diday, un des derniers articles, le dernier peut-être, que l'éminent maître ait signés, et tout rempli de son esprit et de son charme. En vérité, j'étais loin de nourrir de si noirs desseins à l'endroit de la belle opération lyonnaise; je ne cherchais nullement à lui susciter une rivale, en réveillant de l'oubli une méthode ancienne, qui, du reste, n'avait jamais dormi d'un très profond sommeil. N'est-elle pas recommandée dans nos anciens livres de médecine opératoire? Ne l'avais-je pas vue maintes fois appliquée entre les mains de mon maître Le Fort? M. Lalesque [2] n'avait-il pas publié, à l'appui, deux observations très probantes? Forestier [3], Deneffe [4], Fehleisen [5] et d'autres encore n'avaient-ils pas apporté leur contribution? Non, la ponction sus-pubienne avec

par M. Méry, obs. VI, *in Mém. de l'Académie royale des sciences*, 1701, p. 290.) — Il est bien certain que, si Méry eût connu la ponction aspiratrice, elle lui eût rendu, en pareille occurrence, d'aussi bons services : c'est un exemple de ces rétentions aiguës, passagères, congestives, où l'arrêt de la miction et l'impossibilité du cathétérisme ne sont que temporaires. Les cas de ce genre doivent être distingués, en effet, de ceux où la canule est restée à demeure, quelquefois pendant des années, créant ainsi une voie permanente de dérivation. On trouvera l'historique de cette si ancienne méthode dans la thèse de Pouliot : « Ponction vésicale hypogastrique. Rapports de la paroi antérieure de la vessie (*thèse doct.*, 1868) », et dans la thèse, toute récente, du docteur Peyré : « Du cysto-drainage hypogastrique, ou opération de Méry rajeunie. » (*Thèse doct.* 1894.)

1. Cyostostomie et cysto-drainage hypogastriques. (*Semaine médicale*, 1893, p. 452.

2. Lalesque. *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1890, p. 135.

3. Forestier (de Seigneiay). *Gaz. des hôpitaux*, 18 avril 1876. Le malade de M. Forestier avait 76 ans lorsqu'il fut opéré ; il ne mourut que dix ans plus tard, et pendant ces dix ans, il urina par son urèthre sus-pubien à l'aide d'une sonde.

4. Deneffe. *Acad. de méd. de Bruxelles*, 25 janvier 1890.

5. Fehleisen. *Berliner Klin. Wochenschrift*. 19 août 1889.

sonde à demeure ne saurait avoir qu'une prétention, c'est d'être seule utilisable dans certaines conditions données. A ce titre, elle mérite de garder sa place.

Je m'adresse aux praticiens de demain, et je leur dis : Qu'auriez-vous fait, dans les circonstances que voici?

Le 20 avril 1892, me trouvant à la campagne, je suis appelé, par mon confrère, M. le docteur Hamon (de la Ferté-Saint-Aubin), auprès d'un vieillard de 75 ans, depuis longtemps atteint d'hypertrophie prostatique, et qui, la veille, à la suite d'une très légère libation, a été pris de rétention complète ; il essaie de se sonder lui-même, et ne réussit qu'à se blesser l'urèthre; son médecin, appelé, se livre alors, seul d'abord, puis avec l'aide d'un confrère, à des tentatives réitérées de cathétérisme, qui durent deux heures. Rien ne passe.

Le lendemain matin, la vessie est très distendue, la verge tuméfiée, le méat sanglant; les douleurs sont extrêmement vives, la peau chaude, la langue blanche et sèche, le pouls fréquent et petit; quelques frissons se sont déjà produits. L'état général ne laisse pas que d'être inquiétant. Après un nouvel essai, tout aussi infructueux, de cathétérisme, je propose au malade la ponction de la vessie, qu'il n'accepte qu'avec les plus grandes difficultés, se refusant, dit-il, à toute opération. Un gros trocart, qui figure dans l'arsenal de mon confrère, me sert à faire la ponction sus-pubienne, une sonde de caoutchouc rouge est passée dans la canule et laissée à demeure; deux autres sondes, ajustées l'une à l'autre, nous permettent d'installer un siphon, qui est amorcé et fonctionne bien. Une quantité considérable d'urine fétide et sanglante s'est écoulée, de grands lavages sont faits dans la vessie, et répétés deux fois par jour. Le soulagement fut immédiat, et les accidents d'infection générale, déjà ébauchée, ne tardèrent pas à disparaitre.

Le méat artificiel ne devait avoir, du reste, qu'une durée éphémère. Au sixième jour, le cathétérisme fut essayé de nouveau, et réussit; la sonde hypogastrique fut alors retirée, et, la miction uréthrale se rétablissant très vite, l'orifice anormal ne fut pas très long à se fermer. Dès les premiers jours du mois suivant, les fonctions avaient repris leur cours régulier. Et, depuis deux ans et demi, le malade, qui vit toujours et qui s'observe, tout en conser-

vant, naturellement, sa grosse prostate, n'a jamais eu d'autre accident.

Que fallait-il faire? Une ponction aspiratrice de la vessie, suivie d'une seconde et, peut-être, d'une troisième, dans la journée, de deux ou de trois autres le lendemain, et ainsi de suite? A part toute autre considération, il y aurait eu impossibilité matérielle. Devais-je m'obstiner à vaincre la résistance du malade, l'endormir, et faire, quand même, malgré la pénurie d'instruments, malgré toute une série d'autres obstacles que vous devinez, une cystostomie méthodique? L'aurais-je exécutée, qu'elle n'eût servi qu'à peu de chose, puisque, la crise passée, la miction par l'urèthre redevint normale, et que, peu de temps après, l'urèthre contre nature se fermait spontanément, occlusion prématurée, imprudente peut-être, heureuse, en somme, comme l'ont démontré deux ans et demi de survie sans accident.

Je veux ajouter que, depuis lors, M. le docteur Hamon, se trouvant en présence d'un cas analogue, a répété la même intervention, avec le même succès.

Autre fait, où, cette fois, le cysto-drainage ne fut pas temporaire. Un vieillard de 81 ans m'est amené, à l'hôpital Necker, salle Civiale, le 5 juin 1893, avec une rétention aiguë. De nombreux essais de cathétérisme avaient été faits en ville, ils n'avaient servi qu'à blesser le canal et à provoquer une uréthrorrhagie. A l'hypogastre, très saillant, on sentait le globe vésical distendu et remontant jusqu'à l'ombilic; au toucher rectal, on trouvait une prostate très volumineuse. La température était de 39 degrés, le pouls fréquent et petit, la langue sèche, la respiration gênée, le délire était continu. La situation me parut si grave, que je ne voulus pas soumettre le malade à la chloroformisation, ni à une intervention de quelque durée, et je me décidai à employer, d'urgence, l'ancien procédé de Méry.

Vous allez me dire : il fallait faire une ponction aspiratrice, les conditions permettaient, ici, de la répéter aussi souvent qu'il eût été nécessaire. — C'est vrai, mais l'évacuation de la vessie distendue n'est pas, en pareille occurrence, la seule indication à réaliser : ce qu'il faut obtenir, c'est *l'évacuation permanente*, la *mise au repos complet, la mise en sommeil de cet organe forcé*

congestionné. La sonde à demeure remplit ce desideratum; elle en remplit un second, en permettant le lavage quotidien et la désinfection régulière de la vessie. Or, la voie uréthrale nous étant fermée, il nous semblait utile de créer une voie hypogastrique, qui répondît à ce double but : *la dérivation continue, la désinfection vésicale*.

Je ponctionnai donc la vessie avec un gros trocart courbe, il s'écoula près de trois litres d'une urine sanglante, épaisse, très fétide; je glissai alors dans la canule du trocart une sonde en caoutchouc rouge, que je devais laisser à demeure, et, par cette sonde, je fis des lavages répétés de la vessie, à la solution boriquée chaude. A la sonde fut adapté un long tube de caoutchouc faisant siphon, et se terminant dans un vase, près du lit; et l'urine continua à sourdre ainsi toute la journée. Deux fois par jour, les lavages vésicaux furent renouvelés, et le pourtour de l'orifice de ponction très soigneusement nettoyé.

Les accidents s'atténuèrent très vite, la fièvre tomba, et peu à peu l'appétit reparut; aucune complication ne survint, et, au bout d'une quinzaine de jours, le canal sus-pubien semblait déjà bien constitué, et entouré d'une membrane rougeâtre qui figurait comme une paroi propre. En septembre, le malade se levait et passait l'après-midi dans le jardin. — En novembre, ce pauvre homme, très misérable, très impotent, a été transporté ici, et nous l'avons gardé dans nos salles toute l'année. Il était devenu à peu près dément, mais il ne souffrit plus de sa vessie, et son canal sus-pubien lui rendait les plus grands services, comme nous le dirons tout à l'heure.

Nous verrons bientôt que, pour avoir été créé au trocart, le canal sus-pubien de notre malade, qui a survécu une année, n'en fonctionnait pas moins de manière très satisfaisante.

Dans les cas — et ils se présentent souvent dans *la pratique rurale* — où vous serez dans l'impossibilité de faire la cystostomie lyonnaise, *ou de la faire bien*, vous agirez sagement en recourant à cette ponction de Méry, si simple, si aisément exécutable, par tous et dans tous les milieux, et dont le plus grand tort peut-être est d'avoir trop vieilli. Elle vous permettra de remplir complètement l'indication immédiate, et même, très suffisamment, les indications lointaines.

Il y a des prostatiques partout, et je ne fais injure à personne en disant *qu'il n'y a pas partout des praticiens, qui puissent ou osent faire une taille hypogastrique et une suture, toujours délicate, des lèvres vésicales à la peau*. Leur direz-vous donc, à ceux-là, en présence d'une de ces nécessités pressantes, dont nous parlions, il y a quelques jours[1] : abstenez-vous ; ce qui sauverait votre malade, ce serait l'ouverture de la vessie, au-dessus du pubis ; mais cela ne saurait se faire que par une seule méthode, que par une seule technique : hors de là, point de salut? Eh bien, il me semble, à moi, que, si la cystostomie est vraiment, comme je le pense, en pareil cas, une opération de salut, elle doit être accessible à tout praticien, et l'on a tort de répudier et de honnir le procédé qui seul est à la portée de toutes les mains.

Vous me répondrez peut-être que la cystostomie lyonnaise n'est pas d'exécution difficile : je vous l'accorde, je reconnais qu'il est plus aisé de faire une cystostomie que d'opérer une hernie étranglée, et même que de pratiquer une trachéotomie — lorsqu'on l'a faite ou vu faire ; je crois que tout médecin devrait savoir ouvrir et suturer la vessie à la région hypogastrique, comme il devrait savoir ouvrir la trachée, et débrider un étranglement herniaire. Dans la réalité, en est-il ainsi? Je vous laisse le soin de répondre ; aussi j'ajoute que, puisque nous avons le choix, ici, entre deux procédés, l'un plus parfait et plus complexe, l'autre tout simple, et qui fournit, en somme, bien appliqué, des résultats presque identiques, l'exclusivisme serait fécond en désastreuses conséquences.

J'entends bien qu'on charge le procédé tout simple de tant de crimes, que vraiment, s'il était si périlleux, peut-être vaudrait-il mieux ne rien faire. Il y a deux accidents à prévenir : l'infection, l'infiltration urineuse dans la paroi. Si la peau est bien et dûment lavée, si le trocart est bouilli, si les mains qui le tiennent sont désinfectées, et tout cela est réalisable partout avec de l'eau, du feu, et un antiseptique quelconque, on ne provoquera aucune complication de ce genre. Je sais bien que l'urine septique vient toujours suinter un peu au contact des bords de l'orifice, mais, au cours de la cystostomie régulière, est-il plus facile d'éviter ce

1. Voy. la leçon précédente.

contact, et qu'en résulte-t-il de grave? Si, d'autre part, la sonde (bouillie, elle aussi) est assez grosse, introduite jusqu'au bas-fond, et appareillée avec un siphon qui fonctionne bien, il n'y a pas la moindre tendance à l'infiltration. Je dois dire que j'ai vu faire plusieurs fois la ponction de Méry, ainsi comprise, que je l'ai pratiquée moi-même cinq fois, et que je n'ai jamais été témoin des moindres accidents[1]; il me paraît légitime de conclure que vous n'en aurez pas davantage, en suivant les mêmes précautions.

Je vous ai dit tout ce que je pensais, et dans quel sens je croyais de bonne pratique de défendre l'opération de Méry, à titre de *procédé de nécessité*[2]. Pour ma part, j'ajoute que toutes mes préférences sont acquises à la cystostomie lyonnaise, telle qu'elle a été préconisée et magistralement exposée par M. le professeur Poncet : j'ai fait, deux fois, chez des prostatiques, la ponction-drainage, j'ai fait huit fois la cystostomie lyonnaise, et c'est elle qui sera toujours, pour moi, la méthode de choix, en dehors des cas : 1° où je serai dans l'impossibilité matérielle de la faire correctement; 2° où l'état général du malade sera trop précaire pour supporter le chloroforme ou une intervention de quelque durée.

Et pourquoi? Parce qu'elle permet d'abord, en ouvrant plus largement la vessie, d'*inspecter sa cavité*, d'en extraire les concrétions calcaires, d'agir même, s'il y a lieu, sur la prostate; parce qu'elle nous permet aussi *de créer un canal sus-pubien plus régulier*, mieux fait pour servir de voie définitive de dérivation hypogastrique.

C'est la méthode que nous avons suivie encore, chez notre dernier malade, et il me suffira de vous rappeler les phases successives de l'opération, à laquelle vous avez assisté.

La région étant rasée, brossée, savonnée, lavée à l'éther et au sublimé, une incision verticale de quatre travers de doigt est pratiquée au-dessus du pubis : très rapidement, les plans cellulo-

1. J'ai vu, il y a quelque dix ans, un phlegmon hypogastrique, (qui se termina d'ailleurs par la guérison), succéder à une ponction avec sonde à demeure, sus-pubienne; mais je dois dire que le trocart n'avait pas été désinfecté et que les précautions prises, avant, pendant et après, étaient plus que sommaires.

2. Je suis donc loin de souscrire entièrement aux conclusions de la thèse de M. Peyré *loc. cit.*).

adipeux sous-cutanés sont sectionnés, puis la ligne blanche[1]. Si les deux lèvres de la fente aponévrotique sont trop tendues et ne se laissent écarter qu'avec peine, on débride légèrement, en travers, le bord interne de l'un des grands droits, immédiatement au-dessus du pubis; en tout état de cause, il semble préférable de prolonger l'incision par en haut, plutôt que d'intéresser trop largement l'un des droits, dont le rôle ultérieur est important, comme nous le verrons.

Ceci fait, on tombe sur la graisse jaune pré-vésicale, et sur le globe vésical, grisâtre et recouvert de grosses veines fluxueuses, s'il s'agit d'une rétention aiguë. Dans d'autres conditions, et, en particulier, quand la cystostomie est faite pour parer aux accidents d'infection vésicale, sans qu'il y ait d'obstacle marqué à la miction, la vessie est parfois rétractée au fond du bassin : il faut alors *ramasser* en quelque sorte, avec le doigt recourbé, la graisse jaune, et *la relever de très bas en haut*; c'est le meilleur moyen de ne pas laisser échapper le cul-de-sac péritonéal, qui est ensuite mis en lieu sûr, sous un large écarteur ou sous les doigts d'un aide. Il est quelquefois prudent, et nous l'avons fait à deux reprises, de remplir préalablement la vessie par une injection d'eau boriquée tiède.

Deux fils de soie sont passés en long, dans l'épaisseur de la paroi vésicale antérieure, et servent à la maintenir. On l'incise alors, entre eux, au bistouri, et l'on donne à l'incision une longueur de un centimètre et demi environ[2]; au moment où la paroi est incisée, il se produit souvent un suintement sanguin assez abondant, mais qui s'arrête de lui-même, quand l'évacuation de l'urine est complète. Un grand lavage boriqué, une douche (P. Segond), achève de bien nettoyer la vessie et le champ opératoire, avant que l'on procède au second temps, à la suture vésico-cutanée.

1. M. Jaboulay (*Mercredi médical* 1892) a conseillé de faire porter l'incision sur l'un des grands droits, dans le but de ménager, autour du canal vésico-cutané, une sorte de boutonnière musculaire et une manière de sphincter. Il nous est arrivé une fois de traverser le grand droit, du côté gauche.

2. L'incision doit être de longueur suffisante pour permettre l'exploration complète, au doigt, de la cavité vésicale et de la prostate. Si l'on rencontre des calculs vésicaux ou un lobe prostatique médian qui se prête à l'excision (voy. une des leçons précédentes : *Les calculs vésicaux et l'hypertrophie de la prostate*), il devient utile de l'agrandir; mais l'on prendra soin de rétrécir l'ouverture vésicale avant d'en suturer les lèvres à la peau. Le diamètre de l'orifice *joue son rôle, en effet*, dans le mode ultérieur de la *miction hypogastrique*.

Chez notre dernier opéré, voici comment nous avons exécuté cet abouchement. Deux fils commissuraux, aux deux extrémités de l'incision longitudinale de la vessie, ont été passés d'abord, de la façon suivante : chacun d'eux traversait à la fois les deux lèvres pariétales, dans toute leur épaisseur, et la paroi musculo-fibreuse de la vessie, sans intéresser la muqueuse. Ces deux anses une fois serrées, la muqueuse seule a été affrontée à la peau, sur tout le pourtour de l'orifice, par une série de points séparés, à la soie, qui ont été assez multipliés pour que le méat artificiel fût régulièrement « ourlé ».

Je reviendrai tout à l'heure sur le procédé, qui a été préconisé et étudié par M. Wassilieff, et qui a reçu de lui le nom de cystostomie idéale[1], par analogie avec la pratique semblable qui est suivie dans la cholécystostomie; nous l'avons utilisé trois fois. Ailleurs, et dans la technique primitive de M. Poncet, les fils d'affrontement traversent les lèvres de la plaie abdominale et celles de la plaie vésicale, dans toute leur épaisseur. Ceci fait, la vessie est lavée, de nouveau, très largement; aucune sonde n'est laissée dans l'urèthre contre nature, que recouvre seulement une compresse aseptique humide et une épaisse couche d'ouate. Du huitième au dixième jour, on retire les fils, et l'orifice nouveau est définitivement constitué[2].

Revenons, si vous le voulez bien, sur quelques détails de l'opération. *Où faut-il inciser la vessie, très haut ou très bas? Peut-on faire toujours la cystostomie idéale?*

Si vous ouvrez la vessie très haut, vous courez le risque de n'obtenir, par le nouvel urèthre, qu'un écoulement difficile, et de favoriser la reproduction de la rétention incomplète continue et des accidents de la stase. Nous opérons, en effet, sur des vessies de vieillards, de prostatiques, autrement dit, sur des vessies à musculature atrophiée, peu capables de fournir une contraction

1. Wassilieff (*Gaz. des Hôpitaux*), 17 avril 1893. — Curtillet (de Lyon). *Ibidem*, 16 janvier 1894. — Coulaud, « De la cystostomie idéale (opération de Poncet, modifiée par M. Wassilieff). (*Thèse de Lyon* 1894.)

2. Toute cette technique a été maintes fois décrite. Voy. surtout Bonan : « De la création d'un urèthre sus-pubien chez les prostatiques. Cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet, Mac-Guire) (*Thèse de Lyon* 1892). — Poncet, « Manuel opératoire de la Cystostomie sus-pubienne. Cysto-drainage hypogastrique » (*Semaine médicale*, 1893, p. 561).

utile, et dont le contenu n'obéit presque plus qu'aux simples lois de l'hydrostatique. Il faudra donc, si l'orifice d'écoulement est trop haut situé, que le réservoir soit presque plein pour que l'évacuation commence, et ce sont là de mauvaises conditions, pour le mettre au repos complet. D'autre part, si le méat contre nature est trop bas, tout près du col, l'incontinence continue aura, de prime abord, plus de chances de se produire, l'urine venant affleurer l'orifice, dès qu'elle est collectée en minime quantité; mais il faut tenir compte du travail d'organisation définitive dont le canal sus-pubien devient le siège : son orifice vésical, voisin du col, se rétracte et s'abaisse, et, de la sorte, le trajet devient plus long, oblique, légèrement ascendant, mieux approprié, dans les limites que nous allons voir, à remplir sa fonction d'urèthre. Nous ouvrirons donc la vessie, *très bas*; et, lorsqu'il y aura lieu de recourir au procédé de nécessité, nous ferons aussi la ponction près du pubis, à un doigt au-dessus de la symphyse : le canal, ainsi créé, est soumis, en effet, aux mêmes transformations ultérieures.

Quant à la *cystostomie idéale*, elle mérite, certes, d'être pratiquée chaque fois qu'elle est exécutable[1]; elle permet, en effet, de tapisser de muqueuse la paroi du nouveau canal, et de le mettre, d'emblée, dans les meilleures conditions de fonctionnement. Quand elle a conservé une résistance suffisante, la muqueuse glisse aisément sur la paroi musculo-fibreuse de la vessie, et se laisse étirer sans peine et affronter à la peau; ainsi en était-il chez nos trois malades. Mais il arrive que les lésions vésicales soient plus avancées, que la muqueuse soit amincie, ramollie, friable, qu'elle se coupe, que toute la paroi se coupe elle-même sous la moindre

1. Il faut ajouter : Et qu'elle est utile. — De fait, quand la cystostomie ne doit être que temporaire, il serait de pratique irrationnelle de chercher à créer un canal sus-pubien, dont l'oblitération ultérieure deviendrait très difficile. Et ce n'est pas là une simple probabilité théorique : nous avons pu nous en assurer sur le malade dont nous parlons un peu plus loin, et qui revint, au bout de quelques mois, nous demander avec instance de fermer son « nouvel urèthre ». Je cédai, pour des raisons que j'exposerai; je mis à mon cystostomisé une sonde à demeure, par son urèthre naturel, et j'appliquai un pansement occlusif sur son méat artificiel. J'avais vu trois canaux sus-pubiens obtenus au trocart se fermer de la sorte, au bout d'une huitaine de jours. Il n'en fut pas de même ici; au bout de trois semaines, le canal hypogastrique laissait toujours suinter l'urine, et je serai obligé, je pense, pour en réaliser l'oblitération complète, d'en détruire la muqueuse au thermo-cautère, ou de recourir à une petite intervention autoplastique.

traction ; en pareille occurrence, il serait impossible d'exécuter correctement le procédé, et l'on ne saurait faire une fixation solide et un abouchement régulier de la vessie à la peau, sans traverser avec les fils toute l'épaisseur de la paroi vésicale, et sans avoir soin de les faire passer à quelque distance des lèvres de l'incision. M. Poncet a recommandé, d'introduire le doigt dans l'orifice, pour ramener la vessie au contact de la paroi abdominale et la charger plus facilement sur l'aiguille, et nous avons dû, à plusieurs reprises, procéder de la sorte. Avec ces vessies malades et friables, il arrive souvent aussi que les sutures coupent, alors même qu'elles comprennent toute la paroi, et, de là, de petits îlots de bourgeonnement, qui se cicatrisent isolément, se rétractent, et deviennent l'origine de cette tendance au rétrécissement que présentent souvent les canaux sus-pubiens.

Que deviennent donc ces canaux, une fois organisés? Quelles en sont, si vous voulez, *l'anatomie et la physiologie?* La question est intéressante, et, avant d'étendre les indications de la cystostomie, il serait bon de savoir ce qu'elle réserve, pour l'avenir, aux opérés, et jusqu'à quel point ce nouvel urèthre supplée l'urèthre ancien.

De fait, que demandent les malades? D'être préservés, autant que possible, de l'incontinence continue « hypogastrique » et de toutes les servitudes auxquelles elle les condamne. Les obturateurs ne manquent pas; un de nos malades s'en est fabriqué un lui-même, et ce modèle inédit valait mieux que beaucoup d'autres. Malgré cela il a fini par se lasser de son « infirmité », et il est revenu, au bout de quatre mois, me prier de fermer son canal sus-pubien ; il s'était repris à uriner par l'urèthre, et, bien que je lui aie représenté toutes les éventualités possibles, il a tenu absolument à se débarrasser de son méat hypogastrique, quitte à rouvrir, plus tard, si cela devenait nécessaire, la soupape de sûreté.

Plus souvent, les malades apprécient le soulagement considérable qu'ils doivent à leur méat artificiel, et, pour peu qu'ils puissent, avec un appareil obturateur bien fait, garder leurs urines quelques heures, ils se déclarent satisfaits.

D'autres, et ce sont les plus heureux, recouvrent *un degré variable de continence*, et comme une ébauche de miction volon-

taire : l'urine est conservée trois ou quatre heures dans la vessie, et, quand la réplétion est devenue complète et que l'écoulement va se produire, une sensation particulière avertit le malade. M. Diday a décrit, à merveille, tous les détails de cette *miction des cystostomisés* ; chez lui, dès le troisième mois, l'urine sortait du méat artificiel « par un jet en arcade ». Et, ajoute-t-il », cette projection en arcade se maintenait avec la même force alors que je restais assis, la paroi abdominale étant par conséquent relâchée, alors même que je m'appliquais à ne pas contracter cette paroi. »

Nous trouvons, dans la thèse de M. Lagoutte [1], basée sur 65 observations, des données fort intéressantes sur les résultats fonctionnels éloignés de la cystostomie. Des 63 malades, 34 ont survécu plus de six mois : sur ces derniers, 12 ont vu s'oblitérer plus ou moins vite leur méat hypogastrique, et la miction naturelle se rétablir; 22 ont conservé leur urèthre sus-pubien. Et voici dans quelles conditions : 7 avaient une continence complète, ils urinaient à volonté par l'hypogastre, en introduisant une sonde, ou sans instrument; deux d'entre eux pouvaient « uriner droit, le jet étant projeté à distance, en avant, avec une grande force »; — 3 avaient une incontinence partielle; 12 avaient une incontinence totale. C'est donc là le sort réservé au plus grand nombre des cystostomisés; et ceux qui recouvrent une miction régulière et volontaire, ou quelque chose d'approchant, ne représentent, en réalité, que d'heureuses exceptions [2].

Nous avons cherché, chez l'un de nos opérés, quelles étaient les conditions de la *miction hypogastrique*, chez ce vieillard de 81 ans, cystostomisé au trocart. La longueur de son nouvel urèthre a été mesurée avec soin, ce qui est facile avec une sonde de de Pezzer : il avait, très exactement, 4 centimètres de long, sa direction était oblique en arrière et en bas, son orifice cutané, arrondi, entouré d'une sorte de bourrelet. Pour étudier son fonctionnement, M. Robineau, qui était notre interne à l'hôpital Necker, a eu

1. M. Lagoutte. Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne (opération de Poncet). Études critiques basée sur 65 observations. *Thèse de Lyon*, 1894.
2. Il est évident que la miction du prostatique non cystostomisé n'est pas non plus une miction régulière ni volontaire. La question se pose, en somme, de la façon suivante : l'infirmité qui suit la cystostomie et qui, d'ailleurs, se pallie dans une certaine mesure, est-elle compensée, et au delà, par les bénéfices que le malade en retire?

recours à la petite expérience que voici. La vessie a été vidée entièrement, et la sonde retirée; puis la paroi abdominale a été garnie d'ouate hydrophile ; trois heures après, l'ouate était à peine souillée de quelques gouttes d'urine ; *au bout de quatre heures trois quarts*, le liquide se mit à suinter goutte à goutte, et d'une façon très régulière ; cet écoulement a été surveillé pendant deux



Fig. 110. — Méat hypogastrique (cystostomie datant d'un an et demi, chez un prostatique de 78 ans).

heures et n'a pas changé de caractère. A ce moment, une sonde de caoutchouc rouge fut introduite dans le nouvel urèthre, mais non sans quelque peine, et l'on ne put passer que le n° 14, alors qu'avant l'expérience le n° 18 avait été aisément introduit; les parois du canal s'étaient comme accolées et étaient devenues difficiles à écarter. La sonde une fois en place, il s'écoula environ 250 grammes d'urine.

Un autre de nos malades, celui qui est représenté fig. 110, cystostomisé, il y a plus d'un an, par le procédé de Poncet, s'accommode fort bien de sa nouvelle situation. Chez lui, la création de l'urèthre artificiel a été le point de départ d'une véritable résur-

rection : alerte, gai, de bonne mine, il vient nous voir souvent et je vous l'ai présenté à plusieurs reprises. Durant les six premiers mois, rien ne passait par l'urèthre, ou, si, de temps en temps, une petite quantité d'urine reprenait cette voie, c'était toujours au prix de vives douleurs. Le méat hypogastrique, tout en laissant passer l'urine à certains moments surtout, était le siège d'un suintement continu. Depuis, la miction s'est partiellement rétablie par l'urèthre, elle a cessé d'être douloureuse, tous les phénomènes d'infection vésicale ont disparu : l'urine s'échappe, aujourd'hui, en proportion à peu près égale, par les deux orifices, et le malade, grâce à des précautions très simples, n'est presque plus mouillé; chaque soir, il cathétérise son urèthre hypogastrique, et, de la sorte, sa vessie, bien drainée, le laisse complètement en repos.

Chez lui, comme vous avez pu le constater, l'orifice du méat artificiel est à fleur de peau, légèrement déprimé, à bord un peu sinueux : il laisse passer une sonde n° 8, il est oblique en bas et en arrière.

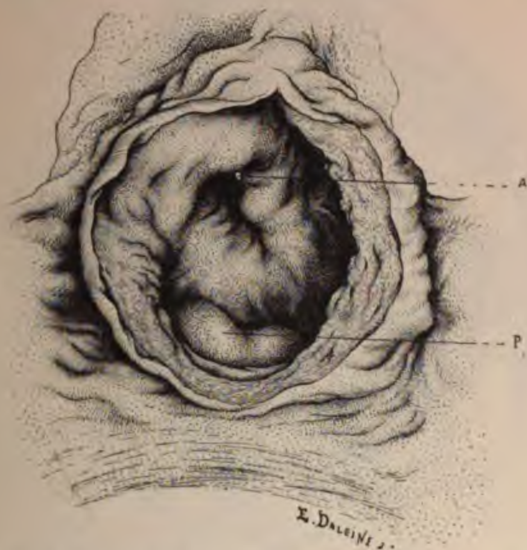
Nous avons pu examiner plusieurs fois ces canaux sus-pubiens, de date déjà ancienne, et j'ai eu l'occasion de faire une fois la biopsie, deux fois l'autopsie de ces faux urèthres. Je m'explique. Mon premier cas est celui de ce rétréci de 40 ans, dont je vous ai déjà parlé, et chez qui des accidents complexes m'avaient déterminé à faire une cystostomie temporaire, au trocart. Trois mois après, j'ouvrais la vessie, pour tenter le cathétérisme rétrograde, et je pouvais, de la sorte, examiner le canal sus-pubien : il mesurait plus de 4 centimètres de long; il était tapissé d'une membrane lisse, d'un rouge foncé, de 3 millimètres d'épaisseur à peu près, et qui, profondément, semblait se continuer avec la muqueuse vésicale; il était rétréci en deux points, à son orifice extérieur et près de la vessie, le second point, très serré, donnait au doigt la sensation d'un véritable anneau sphinctérien.

Tout récemment, deux de nos cystostomisés ont succombé, l'un, ce vieillard de 81 ans, opéré au trocart, après un an et demi de survie : l'autre, dont je vous ai rapporté l'histoire dans une autre leçon, après huit mois de survie : j'ajoute que tous deux n'ont dû qu'à l'intervention la prolongation de leur existence : ils sont morts, l'un de ramollissement cérébral, l'autre de cachexie sénile.

us nouvel accident vésico-uréthral. Je vous présente ces deux ssies et ces deux canaux sus-pubiens : étudions-les.

Chez le premier malade (opéré au trocart), l'orifice cutané, le éat est arrondi, déprimé, recouvert, à sa partie supérieure, d'une rte de pli demi-circulaire de la peau ; chez l'autre, il est un peu us long, plus saillant, et entouré d'un étroit bourrelet rougeâtre.

La longueur des deux canaux est peu différente : le premier



ig. 111. — Vessie d'un prostatique ayant survécu un an et demi à la cystostomie (procédé de Poncet). — A. Orifice vésical du canal sus-pubien. — P. Prostate.

sure 4 centimètres et demi, le second 4 centimètres environ ; r direction commune est oblique en bas et en arrière, et leur bouchure vésicale située *notablement plus bas* que leur orifice tané. Dans la vessie, l'orifice profond, le nouveau « col », est ondi, et occupe le fond d'une dépression.

L'urèthre « au trocart » laisse passer une sonde n° 18 ; l'urèthre u bistouri », une sonde n° 20. Leur forme est à peu près celle n sablier évasé à l'orifice cutané et à l'embouchure vésicale, et nt la portion rétrécie correspond à la traversée de la ligne nche.

La paroi est parfaitement isolable, et nous l'avons disséquée

sans peine, sur l'un et l'autre canal; elle est d'un gris rougeâtre, de 2 millimètres d'épaisseur environ, et tapissée sur sa face interne d'une membrane lisse, d'un rouge plus vif, qui semble en parfaite continuité avec la muqueuse vésicale.

Le rapport des deux canaux avec les grands droits, entre lesquels ils passent, est surtout fort intéressant. Ils adhèrent, à leur pourtour, au bord interne des deux muscles, dont la gaine fibreuse

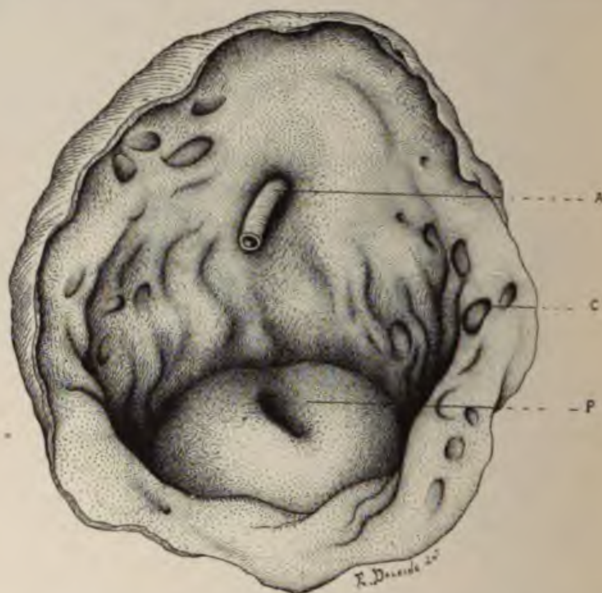
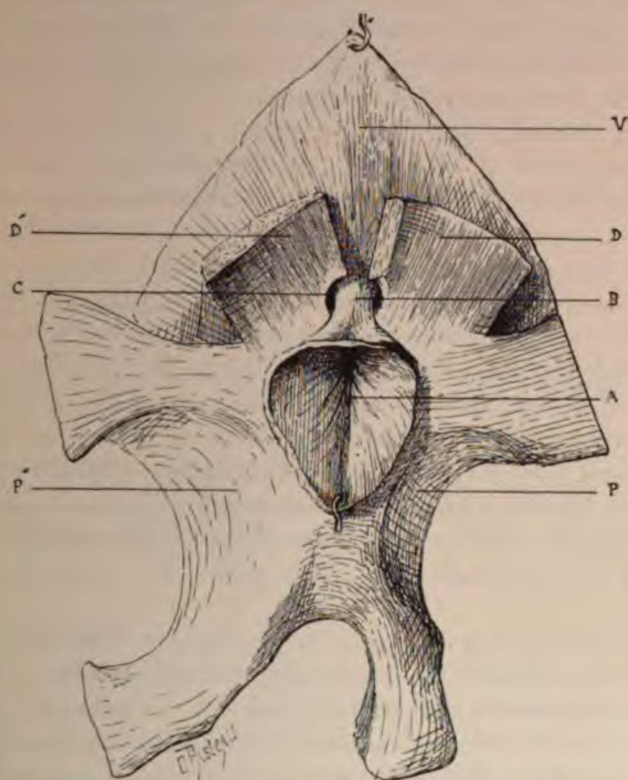


Fig. 112. — Vessie d'un prostatique ayant survécu huit mois avec un canal sus-pubien « au trocart ». — A. Orifice vésical du canal sus-pubien, traversé par une sonde. — P. Prostate énorme. — C. Cellules vésicales, qui renfermaient toutes de petits calculs.

figure *une sorte d'arcade au-dessous d'eux*; et l'on s'explique très bien, à voir de près cette disposition réciproque, le rôle qui doit revenir aux deux muscles dans le mécanisme de l'occlusion du canal.

Il semble illusoire de chercher à retrouver, dans les parois de ces faux urèthres, rien qui rappelle des sphincters, lisses ou striés; leur rôle, dans la miction nouvelle, et la continence, de degré variable, qu'ils fournissent parfois, relèvent d'un mécanisme tout autre, de leur longueur, de leur direction, de leurs coudures, de leur étroitesse relative, et surtout de l'action des grands droits, de

boutonnière contractile qu'ils traversent, et qui, lorsqu'elle se
, accole l'une à l'autre leurs parois. C'est par ses grands
ts que le cystostomisé peut fermer son canal sus-pubien et,
u'à un certain point, retenir ses urines, et je ne doute pas



15. — Canal sus-pubien (cystostomie par le procédé de Poncet). — A. Orifice né. — B. Le canal disséqué. — C. Anneau fibreux qu'il traverse entre les grands ts. — DD'. Grands droits. — V. Vessie. — PP. Pubis.

ec l'habitude, il n'utilise de mieux en mieux cette ébauche de on volontaire, qui lui reste encore.

ut au moins, ce que nous a révélé l'examen anatomique de leux canaux hypogastriques donne à ce mécanisme une réelle emblance. Je ne saurais mieux faire que de transcrire la iption de M. Pasteau : « Situé sur la ligne médiane, le canal entre les muscles droits, au niveau précis où les deux les ne sont plus séparés que par une fente étroite antéro-

postérieure. Il traverse une plaque celluleuse très douce, qui unit la face profonde de la paroi abdominale et la face antérieure de la vessie. Le canal disséqué, assez facilement, du reste, on voit que les deux muscles forment autour de lui comme un anneau fibreux d'autant plus dense qu'on le considère plus inférieurement. Il suit de là qu'il est comme à cheval sur une sorte de sangle fibreuse tendue par les droits, et sur laquelle il peut se couder[1]. »

Je vous ferai remarquer, en outre, que ces deux canaux sus-pubiens, obtenus, l'un au trocart, l'autre par la cystostomie régulière, ne présentent, en somme, que des différences minimes[2]; ce qui démontre que le procédé de nécessité, dans les cas où il est seul de mise, est susceptible de donner de bons résultats définitifs.

Il est bien évident que ces canaux, au trocart, ont plus de tendance, au moins dans les premiers mois, à se rétrécir, et que des cathétérismes journaliers sont nécessaires. Pourquoi? Parce que leur paroi est recouverte d'un tissu bourgeonnant, et c'est pour cela aussi, parce que les sutures muco-cutanées ont coupé ou manqué en partie, que les urèthres contre nature au bistouri témoignent trop souvent de la même tendance. L'idéal à réaliser, c'est la création d'un canal entièrement muqueux, tapissé de muqueuse sur toute sa surface interne, et cet idéal est le même pour tous les abouchements, à la peau, des réservoirs organiques.

Nos conclusions restent donc essentiellement éclectiques: convaincu de l'excellence de la méthode, et frappé des résultats inespérés qu'elle nous a donnés, dans quelques cas, nous croyons que ce serait lui nuire que d'en étendre trop les indications, que de trop promettre du fonctionnement de l'urèthre nouveau. Les cystostomisés sont des infirmes, il est inutile de le nier; ce qui importe, c'est que l'infirmité « artificielle » soit aussi tolérable que possible, et qu'elle ne soit nullement comparable à celle qui résulte de l'hypertrophie prostatique elle-même.

1. Pasteau. *Soc. anatomique*, 21 décembre 1894.

2. M. Pasteau (*loc. cit.*) a constaté qu'il n'existait pas plus de fibres musculaires dans la paroi du canal créé par une cystostomie régulière que dans celle du canal créé au trocart. « Sur des coupes antéro-postérieures colorées au picro-carmin, on voit que l'ensemble du canal est formé par un tissu fibreux, dont les faisceaux sont orientés des façons les plus diverses, les uns parallèles au grand axe du conduit, les autres formant des faisceaux plus ou moins circulaires et se trouvant coupés transversalement sur les préparations. Les recherches faites pour retrouver des fibres musculaires dans la paroi du nouvel urèthre sont restées infructueuses. »

GYNÉCOLOGIE

I

LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

Variétés cliniques : rétro-déviations mobiles ou adhérentes ; simples ou compliquées de lésions annexielles. — Les moyens thérapeutiques applicables à ces différentes formes : massage utérin, columnisation du vagin. — Procédés opératoires proprement dits : 1° Opérations abdominales ; 2° Opérations vaginales, l'hystéropexie vaginale antérieure ; 3° Opérations pariéto-abdominales. — Toutes ont pour but : *de détruire les adhérences pathologiques* ; *de créer des adhérences curatrices.* — L'hystéropexie abdominale représente l'intervention la plus complète. — Exemples. — Le raccourcisssement des ligaments ronds ; enthousiasme et désillusion. — Il est applicable dans quelques cas rares. — Procédé de M. Kocher (de Berne) : description ; bons résultats annoncés ; efficacité mécanique constatée sur le cadavre. — Un essai.

MESSIEURS,

Vous savez de quelle fréquence est la rétro-déviation de l'utérus : nous l'avons observée ensemble maintes fois, et nous en avons vu à peu près toutes les variétés. Sous ce terme complexe, j'entends non seulement la rétroflexion et la rétroversion, mais encore les formes mixtes, où la bascule en masse se complique d'une flexion plus ou moins accusée.

De fait, les formes primitives, simples, ne sont pas celles qui se présentent le plus souvent à nous, dans notre milieu hospitalier. Je veux pourtant vous en citer un exemple bien typique, et dont l'évolution ne fut pas sans offrir des particularités curieuses. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, que je soignai, l'an dernier, à l'hôpital Necker : elle n'avait pas de passé utérin, à proprement parler, et toute son histoire se résumait dans des douleurs, mais des douleurs très vives, qui occupaient le petit

bassin et s'irradiaient dans le périnée, les reins et les cuisses, et qui s'exagéraient toujours au retour des époques menstruelles.

Au toucher vaginal et au toucher rectal, on reconnaissait, avec la plus grande netteté, une flexion à angle très aigu, du corps de l'utérus sur le col, resté en place dans l'axe du vagin. L'organe ne semblait pas, du reste, augmenté de volume; les annexes n'étaient ni douloureuses ni prolabées, mais l'inflexion utérine était irréductible et ne cédait ni à la pression des doigts, ni à l'action de l'hystéromètre.

La malade fut chloroformée, et, à peine était-elle endormie, que toute lésion avait disparu : on n'en trouvait plus de trace, et la saillie du fond utérin, si nette, un instant auparavant, dans le cul-de-sac de Douglas, ne se retrouvait plus : l'hystéromètre pénétrait tout droit dans la cavité utérine, jusqu'à une profondeur d'environ 7 centimètres. L'*utérus s'était spontanément redressé* : preuve évidente que l'élément musculaire a sa part, et une très grande part, dans ces coudures utérines.

Ce qui se passa ensuite servit, en quelque sorte, de contre-épreuve : l'utérus ayant repris sa place, je me bornai à faire un tamponnement vaginal, me réservant d'agir plus tard, si les accidents se reproduisaient. Quelques jours après, la malade, qui ne souffrait plus, demanda à sortir. Je l'ai revue depuis : les douleurs n'ont pas reparu, mais la flexion utérine s'est reconstituée presque aussi complète.

Voilà un cas de *rétroflexion simple, non adhérente;* la rétroversion se rencontre aussi, isolée et mobile, ou, plus souvent, combinée à un degré variable de métrite, primitive ou secondaire, on ne saurait trop le dire. Ailleurs, et l'observation en est courante, les annexes participent à la déviation utérine, prolabent elles aussi, et compliquent d'autant la situation pathologique. La jeune malade dont je vous entretiendrai dans un instant nous en fournit un exemple : chez elle, en même temps que la bascule en arrière du corps utérin, du reste entièrement mobile, on reconnaît, dans le cul-de-sac de Douglas, un des ovaires prolabés.

Jusqu'ici, en somme, la déviation utérine était tout, elle restait parfaitement réductible : c'était une simple chute, et les indications de l'intervention devaient se tirer de là. Mais cet état de simplicité initiale ne dure qu'un temps : le fond de l'utérus, ectopié, devient

adhérent, et ces adhérences sont de tous les types, adhérences lâches et filamenteuses, qui permettent encore une fausse réduction ; adhérences fibreuses, en nappe serrée ; véritable soudure, véritable symphyse utéro-rectale. Dès lors, avec la métrite, la salpingo-ovarite, simple ou double, ne tarde pas à paraître, et vous savez qu'il est fréquent, au cours des laparotomies pour annexites, que l'on doive terminer l'opération par le décollement du fond de l'utérus, rétroversé, et l'hystéropexie complémentaire.

Vous comprenez, Messieurs, qu'à ses formes diverses correspondent autant d'indications thérapeutiques et qu'un diagnostic bien posé et précis soit la base nécessaire d'une bonne intervention. Les procédés ne manquent pas, en effet, et c'est plutôt à leur application défectueuse que sont dus, pour une grande part, les insuccès.

Il est d'abord, pour *les formes initiales et simples*, toute une série de moyens préliminaires, si je puis dire, et qui ne sauraient avoir de réelle utilité que dans un nombre restreint de cas. Parmi ces moyens, je ne mentionnerai pas le pessaire, que je ne peux m'empêcher de regarder comme « une chose haïssable ». Je ne comprends le pessaire que dans les types extrêmes du prolapsus utérin, alors que tout le contenu du petit bassin est, en quelque sorte, hernié à l'extérieur, et que, pour une raison valable, l'hystérectomie ne peut être pratiquée, et encore, dans ces conditions, c'est le pessaire de Hodges ou celui de Borgniet, l'hystérophore soutenu par une ceinture pelvienne, qui seul est susceptible de donner un résultat positif, en servant de support à la masse prolabée. Pour les déviations utérines, il est inutile et dangereux ; inutile parce que son rôle de soutien, qu'il ne saurait remplir, d'ailleurs, qu'en prenant appui sur la paroi du vagin, est absolument illusoire ; dangereux, parce que son contact et sa pression, au fond du vagin, sont de nature à entretenir la congestion utérine et péri-utérine, sans compter les chances d'infection, souvent difficiles à éviter.

Mais, sans recourir à ces procédés mécaniques d'un autre âge, d'autres méthodes, non sanglantes, sont de nature à fournir de réels bénéfices, entre les mains de chirurgiens consciencieux, qui savent les utiliser prudemment et à bon escient. Je citerai d'abord

le massage utérin et pelvien. J'ai vu, en 1888, à une époque où il était encore d'usage peu courant, en France, j'ai vu pratiquer à Breslau, dans le service de Fritsch, le massage utéro-pelvien, avec une énergie qui m'effraya presque; et il n'est pas douteux, qu'employé d'une façon aussi complète, le massage ne puisse étirer ou rompre les adhérences et rendre à l'utérus sa mobilité. Ces adhérences péri-utérines, nous les connaissons bien aujourd'hui, nous les voyons, *à l'état vivant*, au cours des laparotomies, et nous savons qu'on en trouve de filamenteuses, de molles, de friables qui peuvent céder aux moyens mécaniques, sans qu'il soit besoin de violence.

Je ne veux pas insister sur la technique ni sur les indications du massage, mais je tiens à vous faire remarquer, qu'une fois remplie la première partie du programme, une fois l'utérus mobilisé et redressé, une autre question se pose, et qui se posera toujours, après l'application de tous les procédés de redressement simple; l'utérus a repris sa place, c'est bien, mais combien de temps y restera-t-il? Et les causes de la rétro-déviation première, qui demeurent entières, ne vont-elles pas redevenir actives? *Redresser ne suffit pas, en somme : il faut fixer.*

La même objection peut être adressée aux autres méthodes, par exemple au redressement direct, après dilatation utérine préalable. Nous savons encore que le tamponnement bien fait du vagin est susceptible, au bout de quelques jours, de créer une sorte d'imbibition et de ramollissement, qui se diffuse jusque dans les culs-de-sac, jusque dans le tissu péri-utérin, et permet l'élongement des adhérences, la mobilisation progressive de la matrice, etc. Cette méthode a été, tout dernièrement, reprise et décrite, à Lyon, sous le nom de *columnisation du vagin*[1]. Là encore, le succès ne s'obtient que dans les formes initiales, bénignes, et peut-être n'a-t-on jamais une sécurité complète pour l'avenir. Toujours est-il que, dans ces formes qui paraissent aisément curables, il est de pratique très légitime de recourir à ces moyens simples, sous la réserve d'y renoncer, dès qu'ils se montrent insuffisants.

Mais je m'arrête, car les deux faits dont je veux vous parler ne

1. Condamin. De la méthode de Taliaferro ou columnisation du vagin en gynécologie; *Mercredi médical*, 1894, p. 275.

se prêtent nullement à pareilles tentatives, et c'est une intervention sanglante, directe, complète, qui, seule, est de mise, ici.

Or, Messieurs, vous n'ignorez pas que le nombre est grand des *méthodes opératoires applicables à la rétro-déviation utérine*. La plupart rentrent dans les trois types que voici :

1° *Opérations intra-abdominales*. — C'est l'hystéropexie, d'abord, et quelques autres procédés plus complexes, d'usage plus restreint, peu connus, en somme, tels que le raccourcissement des ligaments recto-utérins, de Frommel[1];

2° *Opérations vaginales*. — L'hystéropexie vaginale, introduite dans la pratique étrangère par Schücking, Zweifel, Dührssen, Mackenrodt, pratiquée par Péan sous le nom de vagino-fixation, mais sur laquelle, en somme, nous sommes encore peu éclairés[2];

3° *Opérations pariéto-abdominales*. — Le raccourcissement des ligaments ronds, l'opération d'Alquié-Alexander-Adams, qui a eu son heure de vogue, mais qui aujourd'hui, et à juste titre, semble bien délaissée.

Toutes ces méthodes, quelle que soit leur diversité apparente, reposent sur un même principe, sur un même *desideratum* fondamental : *la création d'adhérences assez fortes pour maintenir en place l'utérus redressé*. Rompre les adhérences pathologiques, créer des adhérences curatrices : tel est le programme commun qui s'impose, et le raccourcissement des ligaments ronds ne saurait lui-même donner de résultats que grâce aux adhérences du bout conservé, avec les parois du canal inguinal; c'est là que réside peut-être une des principales causes des nombreux échecs. Autre chose : ces adhérences fixatrices doivent être des adhérences naturelles, fibreuses; si le rôle des moyens mécaniques de suspension, si le rôle des sutures est très important, il n'est que temporaire, il ne sert qu'à préparer, à faire naître, à protéger dans leur développement les adhérences définitives. On ne suspend pas un organe

1. Frommel. *Zur operativen Behandlung der Retrodeviation des Uterus von der Bauchhöhle aus. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie.* — Bd. XXXVII, 1893 p. 291.

2. Du moins, en France, M. Pichevin a repris et modifié récemment les procédés de Dührssen et de Mackenrodt, et pratiqué, avec succès, l'hystéropexie vaginale antérieure, chez deux malades du service de M. le Professeur Le Dentu. (Voy. Le Dentu · *Hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines.* — Rapport sur un travail de M. Pichevin; *Acad. de méd.*, 22 mai 1894.)

vivant, destiné à un fonctionnement physiologique, avec du fil, fût-il solide à toute épreuve, fût-il métallique; *on le suspend avec du tissu fibreux.* Faire le plus possible de tissu fibreux, de tissu d'adhérences, tel est le but à remplir.

C'est pour cela que l'hystéropexie abdominale, qui permet de souder à la paroi, par toute sa face antérieure, l'utérus redressé, représente l'opération type, dans le cas de rétro-déviation utérine. Et, pour vous rappeler ses indications et sa technique, je me contenterai de vous rapporter l'histoire de cette femme de 39 ans, que nous avons opérée il y a quelques jours.

Elle souffrait depuis une année environ, et les douleurs, en dépit des divers traitements qui avaient été institués, ne faisaient que s'accroître : elles devenaient plus aiguës aux époques menstruelles, elles s'exagéraient par la marche, par les rapports sexuels. Le cul-de-sac postérieur était rempli par une masse volumineuse, arrondie, régulière, douloureuse à la pression, surtout au niveau de sa continuité vers le col : en ce point, il existait une coudure, un sillon assez bien marqué, et, le museau de tanche étant reporté en avant, derrière le pubis, il était facile de se rendre compte qu'il s'agissait d'une rétro-déviation complexe, d'une rétroversion combinée à un certain degré de rétroflexion. Il n'y avait pas de douleur, à droite et à gauche, à la base des ligaments larges, et les annexes paraissaient indemnes. J'ajoute que l'hystéromètre confirmait ces données, et qu'il témoignait, en outre, d'une réductibilité partielle de la rétro-déviation utérine.

Le 18 juin dernier, nous avons pratiqué l'hystéropexie, en suivant point par point la technique indiquée par M. le professeur Terrier. L'abdomen ouvert sur une hauteur d'environ 7 centimètres, dans la région sus-pubienne, l'utérus fut relevé et attiré en avant par une pince tire-balle : il y avait à peine quelques molles adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, et des deux côtés, les annexes étaient saines. Un fil de soie fut alors passé dans le fond de l'organe, et permit de le soulever et de le maintenir en bonne attitude pendant toute la durée de la ventro-fixation. Pour la réaliser, trois fils de gros catgut traversèrent, dans toute leur épaisseur, les deux lèvres de la paroi abdominale, et se faufilèrent dans la paroi antérieure de l'utérus, en chargeant une certaine quantité de tissu musculaire utérin : noués successivement, ils adossèrent dans une grande largeur et très intimement

la face antérieure de la matrice au péritoine pariétal. Un surjet de catgut réunit au-dessus et au-dessous, la portion restante de la plaie pariétale, et la peau fut, comme à l'ordinaire, entièrement suturée. Les suites opératoires ont été des plus simples; au douzième jour, le premier pansement a été retiré et les sutures enlevées. La réunion était complète; mais nous aurons soin de maintenir l'opérée au lit pendant un mois, au moins, pour laisser aux adhérences tout le temps de prendre de la solidité.

Nous avons suivi la même pratique chez deux autres malades, une jeune femme de 31 ans, l'autre de 35 ans, qui souffraient, toutes deux, d'une rétroflexion extrêmement accusée, bien que peu adhérente. L'utérus, très long (il mesurait plus de 10 centimètres de cavité, dans l'un et l'autre cas), était, à proprement parler, *plié en deux*, au niveau de l'isthme, et, une fois le ventre ouvert, il fallut aller chercher le fond de la matrice loin, très loin, jusqu'au point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas. Les adhérences étaient peu étendues et de rupture facile; les annexes paraissaient normales, de chaque côté. La fixation utéro-pariétale fut réalisée par le même procédé; j'employai la soie, chez ma dernière opérée, et j'eus soin, comme toujours, de faire maintenir l'utérus bien relevé, pendant toute la durée des sutures, et de commencer par le point de fixation inférieur, le plus rapproché du pubis, pour mieux assurer le large contactde la paroi utérine et de la paroi abdominale, et prévenir tout affaissement ultérieur de l'organe. Nos deux malades ont guéri sans incident; nous les avons revues depuis; le résultat obtenu se maintient, les douleurs n'ont pas reparu, et nous avons tout lieu de croire que la guérison ne se démentira pas.

On peut, du reste, à l'heure actuelle, qualifier l'hystéropexie d'opération bénigne, et l'on pourrait même dire qu'elle est la plus bénigne des opérations abdominales. Les statistiques, aujourd'hui fort riches, le prouvent surabondamment : ne trouvons-nous pas, dans la thèse de M. Marcel Beaudouin[1], sur 225 cas rassemblés d'hystéropexie, 2 morts seulement. Il serait juste de dire, ici plus que partout ailleurs, qu'on ne doit pas mourir d'une hystéropexie simple.

1. M. Beaudouin, Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus. *Th. doct.*, 1890.

Ce qui constitue la grande supériorité de l'opération, c'est qu'elle permet de constater *de visu* l'état de l'utérus et des annexes, et de faire ainsi tout ce qu'il faut, en toute connaissance de cause. Aussi est-elle seule indiquée : 1° dans *les rétro-déviations adhérentes*; 2° dans les rétro-déviations, *compliquées de lésions annexielles*. J'ajouterai encore, et c'est la pensée qui m'a porté, chez notre malade, à m'adresser d'emblée à l'hystéropexie, que, même en l'absence de lésions constatées des annexes, même lorsqu'il n'existe pas d'adhérences, le fait d'une rétro-déviation ancienne, chez une femme d'un certain âge, est par lui-même une suffisante indication. Si elle échoue parfois, comme toutes les suspensions d'organes, comme toutes les pexies, et peut-être pour des raisons analogues et très générales, n'est-elle pas pourtant l'intervention la plus directe et la plus positive?

Aussi ne vous parlerai-je pas des autres méthodes, plus ou moins ingénieuses en théorie, plus ou moins complexes en pratique, et dont je ne sais que ce que j'en ai lu. Je veux simplement, une fois encore, à l'occasion de notre malade d'aujourd'hui, attirer votre attention sur l'opération d'Alexander, en discuter la technique, et rechercher si un procédé récent, celui de M. Kocher (de Berne) est susceptible de lui rendre un regain d'efficacité.

Vous dirai-je quel excellent accueil elle avait trouvé auprès de la plupart des chirurgiens, accueil qui était dû, pour une grande part, il faut bien le dire, à ce qu'elle promettait de redresser l'utérus sans ouvrir le ventre? C'était si simple, et cela paraissait si rationnel, de tirer l'utérus en avant et de le remettre à sa place par ces deux freins naturels, les ligaments ronds, en les raccourcissant? Vous dirai-je aussi les récidives et les insuccès lointains, qui ne se comptent plus?

Pour ma part, j'ai pratiqué cinq fois l'opération d'Alexander: trois fois il s'agissait de rétroversion simple, deux fois la rétroversion était compliquée d'une cystocèle, très légère dans l'un des cas, très considérable dans l'autre, où je pratiquai, à la fois, le raccourcissement des ligaments ronds et la colporrhaphie antérieure. Chez cette dernière malade, opérée à l'hôpital Necker le 31 janvier 1893, l'échec ne se fit pas attendre : les deux plaies sus-inguinales s'étaient réunies par première intention, la suture vaginale avait elle-même bien tenu, et une belle cicatrice occupait

la paroi antérieure du vagin : à peine la malade, que pourtant j'avais laissée longtemps au lit, commençait-elle à marcher, que toutes les lésions reparaissaient, et que l'utérus retombait de nouveau. Mais, en réalité, il s'agissait plutôt ici d'un prolapsus que d'une rétroversion pure.

La situation n'était pas la même, chez une seconde malade, de 40 ans, opérée le 18 janvier 1892, et bien qu'il y eût une légère chute vaginale, la matrice, quoique rétro-fléchie, était restée à sa hauteur normale. Les douleurs ne remontaient qu'à sept ou huit mois; un pessaire avait été d'abord appliqué, mais le soulagement n'avait pas duré. L'utérus était très mobile : on le relevait facilement, au doigt ou à l'hystéromètre, mais il retombait aussitôt. Je trouvai sans peine les ligaments ronds, qui étaient assez gros et résistants ; j'en excisai un segment d'au moins 8 centimètres, et je suturai le reste par un surjet, à toute la longueur du canal inguinal. La guérison opératoire fut complète, et, à maintes reprises, j'ai revu depuis l'opérée. L'utérus était bien fixé, en excellente position, et les souffrances avaient disparu. Au bout de deux ans, à la fin de l'année dernière, la récidive ne s'était pas encore montrée. Tout récemment, j'ai vu revenir ma malade souffrant un peu depuis quelques mois et j'ai constaté dans le cul-de-sac postérieur la présence d'une masse arrondie assez grosse, douloureuse, et que j'ai reconnue très nettement pour une salpingo-ovarite : quant à l'utérus, il s'est un peu incliné en arrière, et je ne crois pas qu'il résiste à ce nouveau processus pathologique.

De mes trois autres opérées, deux n'ont pas été revues, et je me garde bien d'en conclure qu'elles sont restées guéries. La dernière, une domestique de 38 ans, opérée salle Lisfranc, le 1er octobre 1891, pour une rétroversion très accusée, a été suivie deux ans, sans accident nouveau.

J'avais sectionné la paroi antérieure du canal inguinal, et poursuivi le plus haut possible les deux ligaments dont j'avais excisé 10 centimètres. Au cours de ce travail d'isolement, j'avais même ouvert, à gauche, la petite gaine péritonéale qui se hernie avec la partie profonde du ligament rond : j'en avais profité pour la rebrousser plus haut encore, et un surjet de fin catgut l'avait ensuite fermée.

J'ajoute que, chez mes cinq malades, il s'agissait de rétroflexions ou de rétroversions mobiles, et que le redressement

facile de la matrice avait été dûment constaté, avant l'intervention. C'est là, de toute évidence, une condition indispensable à la légitimité de l'opération d'Alexander. Souvent on ne l'apprécie bien que sous le chloroforme.

On ne saurait donc nier que, au moins dans un nombre restreint de cas, le raccourcissement des ligaments ronds, régulièrement fait, ne puisse donner des résultats[1], et la technique y est évidemment pour quelque chose. Or, elle comporte les deux éléments principaux que voici : *le raccourcissement des ligaments; leur attache solide à la paroi.*

Trélat avait bien montré qu'il faut exciser *une longueur considérable* des ligaments ronds, et encore n'est-il pas douteux que les ligaments s'étirent souvent, et que l'étendue du segment réséqué ne correspond qu'imparfaitement à l'effet produit, *à la traction utile exercée sur l'utérus.* Quant à la fixation du bout restant, elle est capitale, et nous voyons les chirurgiens s'efforcer de la perfectionner, en suturant de façon diverse le moignon ligamenteux. Les uns cherchent à multiplier les adhérences en suturant le ligament aux parois du canal inguinal, dans toute leur longueur; d'autres le croisent et le lient avec celui du côté opposé; d'autres encore, avec M. P. Segond, l'enroulent et le nouent autour d'un des piliers inguinaux.

1. Notre collègue et ami M. Pierre Delbet a réuni 213 cas de raccourcissement des ligaments ronds : « Il n'y a eu qu'un seul insuccès signalé, dans tous les autres l'utérus a été maintenu réduit. La guérison a été constaté 1 fois au bout de deux mois; dans 181 cas au bout de quatre à douze mois; 1 fois au bout d'un an et cinq mois; 14 fois après deux ans ou davantage. Dans les 15 autres cas il s'agit seulement de résultats immédiats. » *Traité de chir.*, t. VIII, p. 522.) Malheureusement ce terme de quatre à douze mois, terme auquel les résultats éloignés ont été relevés dans l'immense majorité des faits (181 sur 213), n'est peut-être pas suffisant pour assurer de la permanence ultérieure de la guérison. — Voir d'autres exemples (et une bonne bibliographie) dans la thèse de M. Warde (De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviations de l'utérus, *Th. doct.*, 1893). — Celle de M. Targhetta (Des déviations de l'utérus; leur traitement; valeur de la méthode Alquié-Alexander. *Th. doct.*, 1895) contient 45 observations italiennes; mais les résultats éloignés ne sont indiqués, avec précision, que dans un petit nombre d'entre elles. Enfin, un travail récent de M. Richard Werth (de Kiel) est basé sur 48 cas d'opération d'Alexander, appliquée à la rétroflexion mobile de l'utérus; 35 des opérées ont été revues : 17, à une période variant de 2 ans à 6 ans et 3 mois après l'opération; 18, à une date variant de 4 mois à 1 an et demi : deux fois seulement, la récidive s'était produite. De plus, 8 de ces opérées étaient devenues enceintes et avaient accouché (l'une d'elles, 3 fois; trois autres, 2 fois; les quatre dernières, 1 fois). — (Richard Werth. *Uber die anzeigen zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri mobilis, rebst einem Beiträge zur Würdigung der Alexander'schen Operation.* — Wien, 1894.)

La pratique de Kocher, plus complète, et qui semble réunir d'excellentes conditions pour être efficace, mérite, croyons-nous, d'être essayée, et par ce procédé, que nous exécuterons aussi fidèlement que possible, nous allons, une fois encore, éprouver la valeur de « l'opération des ligaments ronds ». Aussi bien, chez la malade que je vous présente, d'autres raisons, que je vais vous exposer, nous semblent légitimer cette tentative.

C'est une jeune femme de 28 ans, de taille moyenne, un peu frêle, mais de bonne santé habituelle, et sans antécédents morbides. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours été très régulièrement, elle n'a jamais eu d'accidents utérins, jamais de douleurs pelviennes, jusqu'à son premier accouchement, qui remonte à 25 mois. Depuis lors, elle ressent, d'une façon continue, dans le bas-ventre, une pesanteur douloureuse, et, de temps en temps, des élancements qui s'irradient dans les lombes et les cuisses, et des tiraillements dans les aines. A l'examen du ventre, très facile, on ne retrouve pas le globe utérin au-dessus du pubis ; au toucher vaginal, le col est gros, notablement abaissé, et, dans le cul-de-sac postérieur, on reconnaît sans peine une masse arrondie, un peu reportée en avant, lisse, ferme, qui se continue avec le col au niveau d'une sorte de coudure. Il y a donc à la fois rétroversion et rétroflexion de l'utérus, et l'hystéromètre confirme, ainsi que le toucher rectal, ces premières données. De plus, le fond de la matrice, prolabé en arrière, se laisse relever et refouler en avant, sans difficulté; il n'y a pas d'adhérences.

Voilà bien une déviation utérine, *simple*, unie seulement à un léger degré de métrite secondaire, et qui se guérira probablement sans peine, une fois l'utérus redressé, — *mobile*, — *peu ancienne*, chez *une femme jeune*, et, j'ajoute, qui répugne à la laparotomie. Les annexes sont saines, non douloureuses; l'un des ovaires, le gauche, se perçoit très nettement, près de l'utérus rétrofléchi, la surface en est régulière et lisse, et la pression, indolente. Je me crois donc autorisé à faire le raccourcissement des ligaments ronds, par le procédé de Kocher.

Voici en quoi consiste ce procédé, bien décrit et figuré, en 1893, dans un mémoire de M. Lanz[1].

1. Otto Lanz. *Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri, nach kocher. Archiv. f. Gynækologie*, 1893, Bd. XLIV.

Une longue incision est menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'anneau inguinal externe, et l'aponévrose du grand oblique est sectionnée, sur tout le territoire du canal ; on découvre le ligament rond, on l'isole, et la traction qu'on exerce sur lui est pratiquée *dans la direction de l'épine iliaque, en haut et en dehors*. Ainsi faite, la double traction oblique agit bien mieux

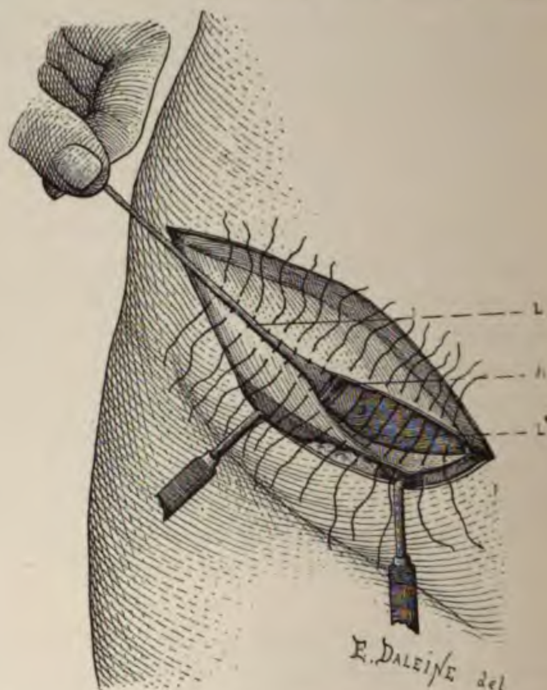


Fig. 114. — Raccourcissement des ligaments ronds. Procédé de Kocher. — L, ligament rond, isolé et tendu dans la direction de l'épine iliaque antéro-supérieure. — A, artère épigastrique et capuchon péritonéal. — L', paroi profonde du canal inguinal, ouvert sur toute sa longueur. (Figure extraite du Mémoire de M. O. Lanz, *Archiv. f. gynækologie*, Bd. XLIV, 1893.

sur l'utérus que la traction en bas et en dedans, qui est de pratique ordinaire Elle le redresse plus aisément, et l'applique plus largement à la paroi abdominale : le fait est de vérification aisée, sur le cadavre.

Il faut attirer en dehors *un aussi long segment que possible* des deux ligaments, et il est nécessaire que le capuchon péritonéal, qui les entoure au niveau de l'anneau inguinal interne, soit

hernié de 3 à 5 centimètres : on le décolle soigneusement et on le refoule dans le ventre, non sans l'ouvrir parfois, quand il est très adhérent; je reviendrai, du reste, sur ce temps de l'opération.

Chacun des ligaments est suturé à l'aponévrose du grand oblique, dans tout le trajet intermédiaire à l'anneau inguinal interne et à l'épine iliaque antéro-supérieure; pour cela, une série de points séparés, à la soie, sont conduits de façon que le fil traverse l'aponévrose, au-dessus et au-dessous du ligament, le traverse lui-même, et se noue par-dessus : une fois cet adossement terminé, ce qui reste du ligament est excisé. Le canal inguinal, qui est vide, est alors fermé par un procédé analogue à celui qui est d'usage dans la cure radicale de la hernie.

Traction exercée dans une bonne direction, excision aussi étendue que possible des ligaments, fixation très solide, tels sont les avantages principaux de la technique de Kocher, ceux, du moins, qui ressortent de l'examen de la méthode et de son expérimentation sur le cadavre. J'ajoute qu'il n'y a aucun inconvénient, et souvent un réel bénéfice, à ouvrir délibérément le cul-de-sac péritonéal péri-ligamenteux : on extrait, de la sorte, plus complètement encore le ligament, on ne court pas risque de l'affaiblir en le disséquant et en détachant sa gaine, et l'on peut s'assurer, au doigt et même à l'œil, que la corne utérine obéit bien à la traction et qu'elle est au contact de la paroi; un surjet de catgut ferme ensuite le péritoine ouvert.

M. Lanz a publié, à l'appui du procédé dont je parle, six observations heureuses, et, comme elles se rapportent à des prolapsus, elles n'en sont que plus encourageantes, car il paraît certain qu'une matrice tombée est de soutien plus difficile qu'un utérus simplement rétro-dévié et mobile. Je sais bien qu'en pareille occurrence, et quelle que soit le mode de fixation, il faut toujours compter avec le volume et la résistance, très individuelle, des ligaments ronds.

On a étudié, sur le cadavre, ce degré de résistance des ligaments ronds, et M. Lanz[1], reprenant des expériences de Polk[2], a constaté ce qui suit : de deux ligaments très solides, le premier se rompit sous une charge de 10 livres, au bout d'une minute, et non

1. *Loc. cit.*, p. 354.
2. POLK. *Alexander's Operation.* (*New York med. Record.* 1886.)

sans s'être allongé, préalablement, sous un poids de 5 livres, en 2 minutes, de 8 à 10 centimètres; le second, encore plus volumineux, fut isolé sur une longueur de 12 centimètres, et s'allongea, sous un poids de 6 livres, jusqu'à 15 centimètres sans se rompre; la rupture ne survint que sous une charge de 11 livres, au bout d'une minute et demie, et après que l'allongement eut été porté à 16 centimètres. De plus, pour apprécier leur résistance combinée, l'auteur laissa l'utérus adhérent à chacun d'eux et le chargea de poids successifs : la rupture ne se produisit qu'avec une charge de 17 livres, et ce ne fut pas le ligament qui se rompit, mais la corne utérine qui s'arracha. Que prouvent ces chiffres, tout intéressants qu'ils soient? Ils n'ont aucune valeur, en dehors du sujet qui les a fournis, et l'on ne saurait en tirer aucune conclusion générale. Nous savons trop quelles différences de grosseur, de friabilité, de résistance à la traction présentent les ligaments, et les surprises qu'ils réservent parfois. Pourtant, chez une femme jeune, bien portante, et avec une déviation utérine encore peu ancienne, nous avons toute chance de rencontrer deux cordons ligamenteux, de volume et de force encore suffisants.

Telle est l'opération que nous allons faire, bien résolus à renoncer définitivement au raccourcissement des ligaments ronds, si cette double tentative est suivie d'un échec.

L'intervention a été pratiquée, en suivant exactement le procédé qui vient d'être exposé, le 27 juin : des deux côtés, le cul-de-sac péritonéal péri-ligamenteux a été ouvert et les ligaments tirés au maximum : 10 centimètres ont été excisés, sur chacun d'eux, et le segment restant fixé à l'aponévrose du grand oblique, entre l'anneau inguinal interne et l'épine iliaque antéro-supérieure. Aucun incident post-opératoire. Au sixième jour, les fils ont été enlevés : la réunion était complète; mais la malade n'a été autorisée à se lever que dans les derniers jours de juillet. Aujourd'hui l'utérus est bien en place, bien redressé, il n'y a plus de douleurs : l'épreuve du temps est nécessaire avant de tirer aucune conclusion.

II

LES PREMIÈRES ÉTAPES DU PROLAPSUS GÉNITAL[1]

Formes initiales du prolapsus génital : cystocèle ou rectocèle simples. — Cystocèle ou rectocèle combinées à l'hypertrophie du col et à un certain degré d'abaissement de l'utérus (type de Huguier). — Exemples. — Indépendance relative de l'utérus et du vagin dans le prolapsus. — La paroi vésicale ou rectale prolabe autant que la paroi vaginale. — Les procédés ordinaires de colporrhaphie ne font, en somme, que rétrécir la paroi correspondante du vagin. — *Nécessité d'agir sur la paroi profonde, vésicale ou rectale. — Colporrhaphie à plicature profonde.* — Technique. — Exemples.

MESSIEURS,

S'il est une question débattue de thérapeutique chirurgicale, n'est-ce pas celle des prolapsus génitaux, et des interventions applicables à leurs types différents, à leurs degrés successifs?

En novembre dernier, je vous disais que devant un prolapsus total, invétéré, irréductible, alors que l'utérus et les annexes ont perdu, en quelque sorte, droit de domicile dans le bassin, le seul traitement rationnel semblait être l'hystérectomie[2]. Depuis lors, cette opération a fait quelque bruit : de pratique fréquente à l'étranger, défendue chez nous, avec conviction par quelques-uns, elle a été accueillie avec réserve par la plupart des chirurgiens, et cela tient surtout à la fréquence du prolapsus vaginal récidivé, ce qui veut dire que, dans ces prolapsus complets, l'utérus n'est pas seul en cause, mais aussi le vagin et les parois correspondantes du rectum et de la vessie

Cela est plus vrai encore dans les *premières étapes de la procidence*, et je ne veux m'occuper aujourd'hui que de ces termes primitifs, dont les deux principaux sont les suivants : 1° l'utérus restant à sa hauteur normale au-dessus de la vulve, *la paroi vésico-*

1. Leçon recueillie par M. Pasteau et publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, juillet 1894.
2. Voy. la leçon suivante.

vaginale ou recto-vaginale proémine seule au dehors; 2° *le col utérin s'hypertrophie et s'allonge*, et la cystocèle ou la rectocèle, qui suivent de près cette lésion, première constituent, avec elle, le type morbide depuis longtemps décrit par Huguier.

Il faut reconnaître que la première forme est d'observation assez rare; je vous parlerai pourtant, tout à l'heure, d'une malade que nous avons vue ensemble dans le service, et que j'ai opérée, il y a plusieurs mois, d'une rectocèle simple; et de temps en temps nous rencontrons des prolapsus au début de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, sans qu'il y ait d'abaissement, ni d'allongement de l'utérus. La mensuration à l'hystéromètre est, du reste, nécessaire; vous savez, en effet, que l'augmentation de longueur de l'organe porte souvent sur la portion sus-vaginale du col, alors que le museau de tanche conserve une apparence normale.

Les deux malades que je vous présente et que je vais opérer devant vous reproduisent le type le plus ordinaire. Leur histoire, à toutes deux, est, du reste, fort semblable : c'est à la suite de l'accouchement que le prolapsus vaginal s'est montré, s'accentuant peu à peu, et dessinant à la vulve un relief de plus en plus proéminent. Chez l'une d'elles, l'hystéromètre donne 11 centimètres de cavité utérine, et le col, très saillant et très allongé, mesure bien, à lui seul, 6 centimètres; chez l'autre, l'allongement cervical est moindre. Chez la première, la paroi vésico-vaginale prolabe seule, et forme une grosse tumeur rouge à la partie antérieure de la vulve, entre les lèvres; chez la seconde, il n'y a pas de cystocèle, et c'est la paroi recto-vaginale qui, seule, est tombée.

Quel est le rôle exact de cet allongement cervical, qui était, dans la pensée de Huguier, l'élément primordial du processus? Je ne veux pas le rechercher avec détails; je vous dirai seulement que si, chez nos malades, l'utérus est trop long, il n'est pourtant pas gros, il ne descend pas, il ne presse qu'à peine, au moment des efforts, l'extrémité de l'index introduit dans le vagin; j'ajouterai que, dans d'autres faits de teneur toute semblable, cette hypertrophie cervicale manque, et qu'il n'y a aucun rapport entre l'allongement utérin et le volume de la cystocèle ou de la rectocèle qui l'accompagnent, et peut-être le précèdent souvent. Dans tous les cas, il n'est pas douteux qu'il ne faille réserver une bonne

part au vagin dans la pathogénie de ces prolapsus partiels et initiaux.

D'autres faits nous permettront de mettre en lumière *ce rôle propre de la paroi vaginale.*

Voici un gros utérus, prolabé, hernié tout entier hors de la vulve; on pratique l'hystéropexie, la suture tient, l'organe reste bien fixé à la paroi abdominale antérieure et, malgré cela, quelques mois plus tard, la cystocèle ou la rectocèle se reproduisent. Les exemples ne sont pas difficiles à trouver; je ne veux vous en citer qu'un seul, pour rapporter en même temps l'explication curieuse que donne l'auteur. Après une hystéropexie datant de six mois, l'utérus était demeuré parfaitement adhérent à la paroi abdominale, mais un prolapsus vaginal antérieur était reparu, une grosse cystocèle qui, au moindre effort, se dessinait à la vulve. Et voici maintenant l'hypothèse : cela tenait, dit M. Rüter[1], à une malformation du bassin, à un défaut d'obliquité de son axe. Plus le détroit supérieur se rapproche du plan horizontal, et plus la pression se transmet en ligne directe aux viscères pelviens, et les refoule sur le plancher périnéal : d'où la tendance au prolapsus génital, et la récidive sans fin. Je vous donne l'idée pour ce qu'elle vaut, et je ne retiens que ce fait d'une cystocèle secondaire à une hystéropexie bien faite.

Autre chose : faites l'hystérectomie vaginale, enlevez l'utérus prolabé, et souvent, très souvent, vous aurez à constater plus tard *un prolapsus vaginal secondaire.* Je vous en montrais un cas, il y a quelques mois, et, bien que la malade fût à peine gênée par la procidence de la paroi vésico-vaginale, nous avons eu recours, pour compléter la cure, à une colporrhaphie secondaire. Les hystérectomies pour prolapsus sont loin d'être rares et, parmi les nouveaux faits qui ont été produits ou rassemblés au cours de la discussion de l'hiver dernier, à la Société de chirurgie, vous en trouverez bien peu dans lesquels ne soit signalé un léger degré de prolapsus vaginal secondaire. On résèque largement les parois antérieure et postérieure du vagin, suivant la pratique de Fritsch; on crée, au fond du vagin, un nodus cicatriciel, élevé, bien adhérent, bien suspendu, semble-t-il, et malgré cela, près de l'orifice vulvaire, les parois s'affaissent, et l'accident survient, quel que

1. Rüter (de Hambourg). *Zur Ætiologie des Prolapsus von Uterus und Vagina.* (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, p. 726.)

soit le procédé qu'on ait mis en pratique, qu'on ait pincé ou lié les ligaments larges : le vagin se déprime et prolabe de nouveau, bien qu'il n'y ait plus d'utérus derrière lui.

Pourquoi ? — Quand l'utérus, un gros utérus allongé et hypertrophié, est procident, l'on conçoit bien que le vagin se retourne et le suive comme une sorte de satellite ; mais, s'il n'y a plus d'utérus ou s'il est immobilisé, à quel mécanisme rapporter la chute isolée du vagin?

Voyez ce qui se passe dans le prolapsus du rectum, et vous relèverez tout de suite une série de contrastes. Au rectum, le bourrelet procident est circonférenciel, circulaire; le renversement, l'inversion circulaire du vagin est une rareté qu'on ne voit pas en clinique courante ; *c'est toujours la paroi antérieure ou la postérieure, ou toutes les deux qui sont prolabées* : cystocèle ou rectocèle. Les parois latérales ne présentent jamais de ces chutes isolées, et, quand, à leur tour, elles s'affaissent, ce n'est jamais qu'à la suite des deux autres, et aux phases ultimes. Pourquoi? Vous le savez bien ; c'est qu'il y a la vessie en avant et le rectum en arrière, et que la pression vient de là.

Autre différence : dans le prolapsus rectal ordinaire, la paroi du rectum glisse tout entière sur la paroi du vagin, sans l'entrainer avec elle. Il en est tout autrement dans la cystocèle ou la rectocèle : faites le toucher rectal et votre doigt, introduit dans l'ampoule recto-vaginale, s'en coiffe et la fait saillir; introduisez une sonde dans la vessie et reportez-en le pavillon fortement en haut, et vous la voyez s'engager dans la cystocèle, la tendre et la soulever. En un mot, *c'est la cloison tout entière, recto-vaginale ou vésico-vaginale, qui fait hernie hors de la vulve, et la paroi antérieure du rectum, la paroi postérieure de la vessie prennent une part aussi grande au prolapsus que les parois correspondantes du vagin.*

Vous me permettrez de tirer de ces réflexions qui résument simplement l'observation journalière des faits, les deux conclusions que voici : 1° dans le prolapsus génital, l'utérus et le vagin ont chacun leur rôle et présentent *une indépendance relative, presque complète dans les formes initiales*; 2° dans le prolapsus vaginal, *la vessie et le rectum prolabent autant que le vagin.*

Ces constatations, banales en apparence, ne sont pas sans intérêt pour le traitement.

De fait, dans le prolapsus génital à ses premières étapes, la formule générale de l'intervention est, en somme, fort simple : si le col est trop gros ou trop long, l'amputer; sur le vagin, faire une colporrhaphie antérieure, pour la cystocèle, une colporrhaphie postérieure, suivie d'une périnéorrhaphie, pour la rectocèle, une double colporrhaphie, si les deux parois vésicale et rectale prolabent à la fois. — Exciser sur une étendue plus ou moins grande la muqueuse vaginale, créer ainsi une surface cruentée dont les bords sont rapprochés et suturés : tel est le procédé commun par lequel on cherche à rétrécir ces parois trop larges.

Cet avivement, cette surface cruentée, on leur a donné des formes diverses. Le procédé de Hégar est d'usage courant : sur la cystocèle, on trace un long et large losange dont l'extrémité antérieure n'empiète pas sur l'urèthre et qui remonte, en arrière, aussi haut que possible; dans l'aire de ce losange, on excise soigneusement la muqueuse, et, les fils étant passés d'un côté à l'autre, la réunion crée une cicatrice sur la ligne médiane antérieure. Pour la rectocèle, l'avivement prend la forme d'un triangle dont la base empiète largement sur le périnée. D'autres chirurgiens préfèrent un avivement double, et l'excision de deux triangles ou de deux losanges symétriques de muqueuse : c'est la pratique de Freund (de Strasbourg), de Martin (de Berlin), pour la colporrhaphie postérieure, de Fehling[1], pour la colporrhaphie antérieure. Ici, l'avivement double aurait pour but de ménager la *columna rugarum*, qui, à vrai dire, distendue, tiraillée, amincie, n'existe plus guère dans les cystocèles anciennes; mais Freund[2] aurait vu des accidents de vaginisme succéder à des colporrhaphies antérieures, pratiquées suivant la méthode commune, et qui transforme la colonne antérieure du vagin en une colonne cicatricielle.

Vous dirai-je les formes compliquées que d'autres chirurgiens ont voulu donner à la surface cruentée? Non, toute cette géométrie est ici d'importance médiocre. Ce qu'il faut faire, c'est un avivement large, très large, et je dirais presque *qu'il doit paraître excessif, pour être suffisant*. Or, quelle que soit la largeur de muqueuse excisée, vous ne sauriez agir, dans la technique ordinaire,

1. Fehling. 62e *Naturforscher Versammlung*. Heidelberg, 1889 et *Archiv. f. Gynækologie*. Bd. XXXVIII, 1889.
2. Freund. 62e *Naturforscher Versammlung*. Heidelberg, 1889.

que sur la paroi vaginale seule. La vessie, ou la paroi antérieure du rectum, restent distendues et trop larges, et la récidive vient de là.

Voyez, en effet, ce qui se passe dans les récidives, et l'on ne saurait dire que l'observation en soit rare. Elles se présentent sous les deux formes que voici (je prends la cystocèle pour exemple) : dans certains cas, vous trouvez, sur le milieu du prolapsus vaginal récidivé, une belle ligne cicatricielle, un peu frangée sur ses bords, mais bien régulière, ce qui n'empêche pas qu'autour et au-dessus d'elle la paroi bombe et s'affaisse en masse. Ailleurs, la cicatrice est large, inégale, baveuse, amincie ; on sent qu'elle a dû céder et se distendre peu à peu.

Cette différence d'aspect s'explique aisément : la première forme de récidive succède à une colporrhaphie parcimonieuse, les deux lèvres de la muqueuse avivées, nullement tiraillées, se sont réunies sans peine en créant une cicatrice solide, et la distension nouvelle se fait aux dépens de la muqueuse voisine ; dans l'autre forme, l'avivement a été très large, la paroi vaginale rétrécie au maximum, mais, sous la poussée qui vient d'en haut, la cicatrice n'a pu résister, *elle s'est éraillée, étalée, pour s'accommoder au trop de largeur de l'autre paroi, vésicale ou rectale*, qui fait corps avec elle et qui a conservé ses dimensions excessives. A l'examen de ces cystocèles ou de ces rectocèles récidivées, la pathogénie de la récidive paraît évidente, et l'on se rend aisément compte que c'est de la vessie ou du rectum que procède la distension nouvelle. Il y a, si je puis dire, dans ces prolapsus, autant et plus de rectum et de vessie que de vagin ; de deux parois intimement accolées, si vous rétrécissez l'une, l'autre tendra fatalement à ramener sa congénère à ses dimensions initiales, et cela surtout si elle fait partie d'un réservoir musculaire et de contenance essentiellement variable.

Mais vous allez me dire : il est impossible, pourtant, d'exciser un lambeau de paroi vésicale ou rectale. C'est vrai. — Et encore : par une colporrhaphie bien faite, nous agissons sur la vessie et sur le rectum comme sur le vagin ; l'aiguille, qui réunit les deux lèvres de l'avivement, charge un peu de paroi vésicale ou rectale, et, ainsi faufilés, les points de soie ou de catgut, tout en rapprochant la muqueuse vaginale, pelotonnent et plissent l'autre paroi.

Il suffit, Messieurs, de réfléchir ou, mieux encore, de répéter l'opération sur le cadavre, pour apprécier exactement ce qui se produit : la muqueuse vésicale dessine une série de mamelons, de crêtes irrégulières, séparés par autant de culs-de-sac, de dépressions, d'alvéoles, amorces toutes prêtes pour la distension ultérieure, et l'urine qui remplit ces logettes (nous sommes au niveau du bas-fond), sous l'action de la pression vésicale, les élargit et les efface en tiraillant la paroi adjacente. Si le même fil, qui rapproche les lèvres de la muqueuse cruentée, traverse en se faufilant la paroi profonde, la striction ne saurait se faire suffisante sans couper les lamelles de tissu ainsi chargées, et l'on n'obtient pas de réel adossement.

Il nous paraît donc indispensable *d'agir isolément sur la paroi vésicale et de la rétrécir, pour son compte,* dans une aussi large mesure que possible, avant de réunir les bords de la perte de substance vaginale. Pour cela, nous la rebrousserons vers la cavité vésicale, nous la plisserons en dedans, et nous aurons soin de maintenir intimement accolées les deux lames du pli. Autrement dit, nous créerons une arête verticale, médiane, sur le bas-fond de la vessie (ou sur la paroi antérieure du rectum), arête dont les deux parois resteront inséparables et qui ne prêtera pas à la distension secondaire, comme les dépressions et les vacuoles d'une muqueuse simplement froncée. En pratique, voici le procédé que nous allons suivre.

Nous ferons d'abord un avivement très long et très large, en disséquant le lambeau muqueux dans toute son épaisseur; puis un fil de catgut, solide et assez fin, un n° 2, par exemple, sera passé transversalement dans l'épaisseur de la paroi cruentée, près de son angle antérieur; il sortira, d'un côté et de l'autre, à peu de distance des bords de l'avivement : chacun de ses bouts sera chargé alors, sur une aiguille courbe, et mené verticalement, toujours dans l'épaisseur de la paroi profonde, pour s'en dégager un centimètre ou un centimètre et demi plus bas; les deux fils seront croisés, et, de nouveau, pénétreront dans la paroi profonde, pour y décrire le même trajet vertical, symétrique, sortir encore, se croiser, et pénétrer une dernière fois. Ils seront serrés à mesure, et l'on fera bien, à chaque croisement, de les réunir par un nœud double (le nœud du chirurgien), enfin un nœud complet arrêtera

cette double série de faufils. Vous vous rendrez aisément compte du mode d'action de cette suture profonde : dès que sont passées et serrées les deux premières anses verticales, symétriques, on voit se déprimer et se plier longitudinalement la paroi vésicale, et la plicature se continue régulièrement sur toute la hauteur du prolapsus.

Un surjet, une série de points séparés, fourniraient un résultat

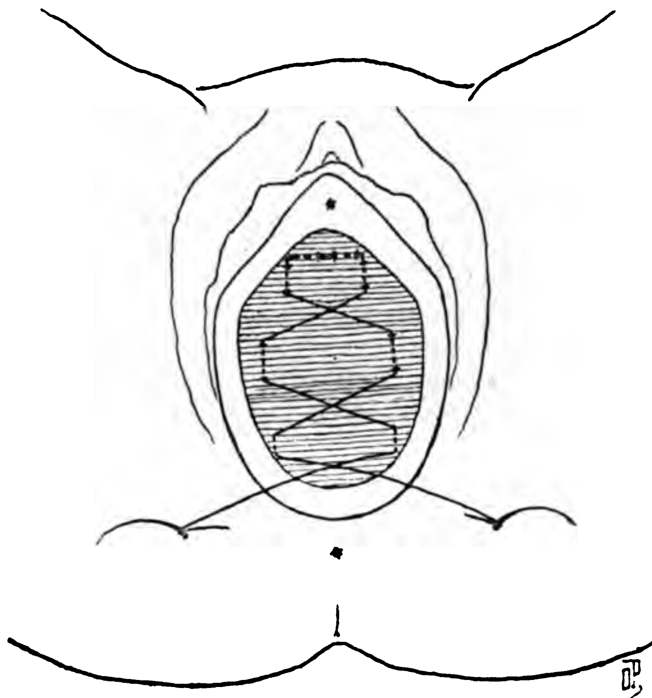
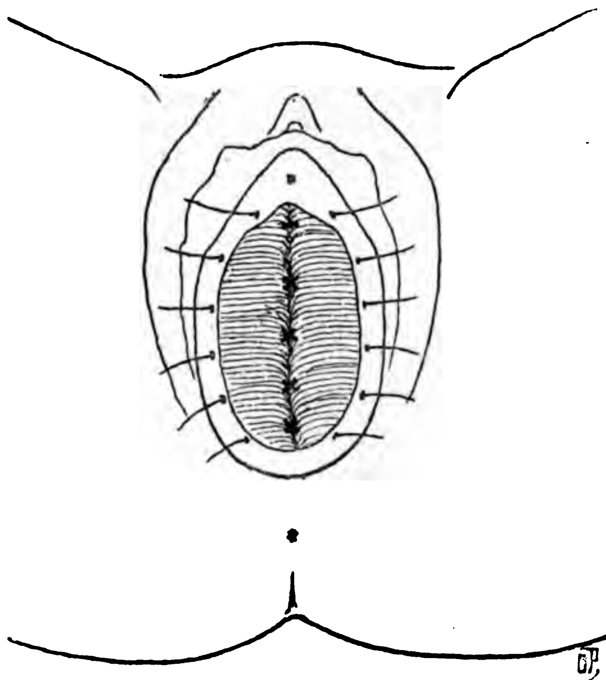


Fig. 115. — Colporrhaphie antérieure à plicature profonde. Trajet du fil profond.

moins régulier, et, après plusieurs essais, je me suis arrêté au mode de suture profonde que je viens de vous exposer, suture très simple, d'ailleurs, et qui permet seule d'adosser bien complètement les deux lames du pli. Par dessus, la muqueuse vaginale est réunie comme de coutume. J'insiste sur ce point que les faufils verticaux doivent être très rapprochés des bords de l'avivement vaginal, et qu'ils doivent passer en plein dans la paroi profonde, en chargeant une certaine épaisseur de tissu.

J'ai pratiqué pour la première fois cette *colporrhaphie à plica-*

profonde, il y a un an, chez une malade que le hasard a raée ces jours-ci dans nos salles, pour un fibrome utérin.
s'agissait d'une volumineuse rectocèle. Vous avez pu constater la guérison s'est maintenue complète et que la paroi rectonale ne se déprime nullement dans la station debout et pen- les efforts; du reste, elle est épaisse, compacte, de consise solide au doigt, et les dimensions du vagin restauré nous



16. — Colporrhaphie antérieure à plicature profonde. — Le fil profond est serré, et la paroi vésicale repliée.

raient peut-être un peu si le volume du fibrome se prêtait à intervention par cette voie.
ıi eu recours sept fois, devant vous, à ce même procédé pour ıre de prolapsus au début. Dans tous les cas, il existait un ıgement hypertrophique du col, combiné quatre fois, à une ıcèle volumineuse, deux fois à une rectocèle, une fois à la chute ıltanée des deux parois vésico-vaginale et recto-vaginale, pliquée d'une déchirure ancienne du périnée. L'amputation ïde du col a toujours été le premier temps de l'intervention :

nous l'avons fait suivre d'une colporrhaphie antérieure ou postérieure, pratiquée suivant la technique qui vient d'être exposée, chez notre dernière malade, d'une double colporrhaphie et d'une périnéorrhaphie. Le résultat primitif a toujours été excellent, et nous avons revu ensemble plusieurs de ces opérées. Je vous citerai entre autres cette femme déjà âgée, qui, suivant notre recomman-

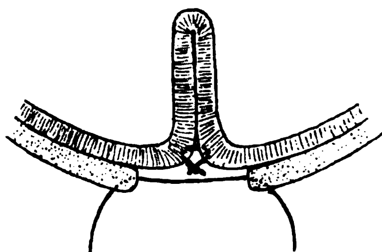


Fig. 117. — La paroi vésicale repliée.
La paroi vaginale rapprochée par la suture superficielle.

dation, se représentait il y a quelques jours; la guérison ne s'est pas démentie et l'intervention date déjà de six mois. Sans doute, c'est l'épreuve du temps, et une longue épreuve, qui nous permettra seule, comme dans toutes les opérations de ce genre, de nous faire une opinion définitive.

Toujours est-il que, sans attribuer à ce petit point de technique une importance hors de saison, je serai fidèle à *la colporrhaphie à plicature profonde*, et c'est elle que je vais répéter aujourd'hui devant vous sur nos deux malades. Le procédé me semble rationnel, il m'a donné déjà des résultats encourageants, et, seul, il permet d'agir efficacement sur les deux parois, qui, dans la cystocèle comme dans le rectocèle, prennent une part au moins égale à la distension morbide.

III

LES ÉTAPES ULTIMES DU PROLAPSUS GÉNITAL

Trois cas d'hystérectomie vaginale pour prolapsus. — Historique de l'opération. — Discussion des indications : prolapsus invétérés, incoercibles, douloureux, chez des femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause ou n'en étant que peu éloignées. — Comparaison avec les autres méthodes : opérations plastiques. — Hystéropexie. — Cloisonnement. — Bénignité de l'hystérectomie. — Résultats éloignés : fréquence d'un léger prolapsus vaginal secondaire. — Technique : *nécessité de combiner à l'hystérectomie une large colpectomie.*

Messieurs,

Une femme de 79 ans, encore vive et alerte, entrait salle Lisfranc, en juin dernier, pour un énorme prolapsus utérin. Tout était hernié, utérus, rectum et vessie : la masse, largement ulcérée, rougeâtre et saignante, ne se laissait réduire qu'avec peine, et retombait aussitôt à travers un orifice vulvaire, démesurément agrandi; la paroi vaginale, tout d'une pièce, épaissie, rigide et rugueuse, se plissait et se déplissait difficilement. Depuis nombre d'années (les premières phases du prolapsus remontaient à vingt ans), toutes les variétés de pessaires avaient été successivement utilisées, sans entraver le moins du monde l'accroissement de la hernie génitale; l'ulcération, qui s'étendait de plus en plus, toujours saignante, toujours irritée, rendait la marche presque impossible, et la pauvre vieille femme réclamait instamment qu'on lui « enlevât tout cela ».

Que fallait-il faire, Messieurs? Ce fut la question que je me posai, devant vous, et je crois bien que l'opinion générale était pour l'abstention. Que tenter sur une malade de cet âge? Laissez-la au repos, guérissez l'ulcération de son utérus prolabé, soutenez sa monstrueuse « descente » par une ceinture, et qu'elle vive ainsi ses derniers jours. Le temps n'était plus aux opérations plastiques périnéo-vaginales; l'hystéropexie n'eût fourni qu'un piètre bénéfice, avec cette paroi abdominale déprimée, flasque et lâche, et ce vagin

rigide et béant; ne rien faire, tel semblait être, à première vue, le parti de la sagesse. Mais ma vieille malade souffrait beaucoup, elle insistait : je ne lui trouvai, en somme, aucune tare organique, il n'y avait rien au cœur, il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, les fonctions digestives étaient satisfaisantes. Je ne suis pas de ceux qui croient que l'âge seul soit une contre-indication suffisante pour priver les malades d'une intervention chirurgicale, utile et peu grave : je pensai que l'hystérectomie vaginale répondait à ce double desideratum, et je me décidai à la pratiquer. Certes, l'âge mis à part, aucune des objections, dont nous parlerons tout à l'heure, ne pouvait m'être faite, et c'était bien, ici, la seule intervention rationnelle.

L'opération fut faite le 6 juillet, et je m'attachai à combiner, avec l'extirpation de l'utérus prolabé, *une résection aussi large que possible de la paroi vaginale*. De fait, l'utérus mesurait 12 centimètres de cavité, et la vessie descendait, en cul-de-sac, jusqu'à l'extrémité de la lèvre antérieure du col. Je fis les incisions de Fritsch[1], c'est-à-dire qu'après un curettage préliminaire, je dessinai sur la paroi antérieure de la tumeur un large triangle, dont la pointe s'avançait jusqu'à deux doigts de l'orifice uréthral, et dont la base se continuait, à la hauteur du col, avec celle d'un autre triangle, de mêmes dimensions, taillé sur la paroi postérieure. Ce ne fut pas sans peine que je décollai mon lambeau vaginal antérieur, mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'en suivant la pratique ordinaire des avivements de colporrhaphie, je disséquais *beaucoup trop fin*. La paroi du vagin avait près d'un centimètre d'épaisseur, et il fallait pénétrer à cette profondeur, pour trouver une nappe de tissu plus lâche, entremêlée de plexus veineux, où la dissociation était plus facile. Le lambeau postérieur se laissa isoler et relever bien plus aisément, j'ouvris le cul-de-sac postérieur, et je découvris le fond de l'utérus, un peu rétroversé. Saisi avec une pince à dents, il se laissa renverser et extraire, et les annexes se montrèrent avec lui : je pinçai les ligaments larges de chaque côté, je les sectionnai et j'enlevai toute la masse.

C'était un premier temps. Je me mis alors en devoir de jeter sur

1. Telles qu'elles sont décrites et figurées dans le mémoire de R. Asch, dont nous parlerons plus loin : *Exstirpation des Uterus mit Resektion der Scheide wegen Vorfalles*. (*Archiv. für Gynækologie*. Bd. XXXV, 1880.)

chacun des ligaments une ligature en chaîne à la soie, et je retirai les pinces : je constatai qu'ils remontaient tout de suite, entraînant avec eux les lambeaux de la paroi vaginale. L'excision fut élargie encore, en avant et en arrière, de telle sorte qu'il ne restait guère que deux bandelettes latérales : un surjet de catgut plia et rétrécit la face postérieure, distendue, de la vessie, en avant, et la face antérieure du rectum[1], deux autres rapprochèrent les bords des deux triangles vaginaux. A mesure que la suture progressait, la cavité vaginale nouvelle se déprimait; à la fin, elle avait 6 à 7 centimètres de longueur, et ne laissait guère passer que le pouce. Elle fut tamponnée à la gaze iodoformée. L'opération avait duré une heure et quart, la malade n'avait absorbé qu'une quantité relativement peu considérable de chloroforme.

Les suites de l'intervention ont été très simples. Dès le second jour, la malade était tenue assise dans son lit, au sixième jour, on la levait dans un fauteuil. A part l'anorexie et un peu de faiblesse, durant les deux premières semaines, il ne survint aucun incident, et notre vieille opérée s'est rétablie à merveille. Vous avez pu la voir, allant et venant, dans le service, pendant un mois et demi, car nous l'avons conservée un peu plus longtemps que nous ne l'aurions voulu. Le vagin restait étroit et peu profond : aucune trace de cystocèle ou de rectocèle n'avait reparu, quand elle nous quitta, pleinement satisfaite.

Vous reconnaîtrez, Messieurs, que cet exemple montre bien que l'hystérectomie vaginale est, par elle-même, d'une réelle bénignité dans le prolapsus. J'ai eu recours, chez deux autres malades, à la même opération, et l'une d'elles était aussi d'un âge avancé, mais d'un « bon état viscéral ».

C'était une blanchisseuse de 76 ans, grande, maigre et bien musclée, très vigoureuse malgré son âge, et qui, forcée de travailler journellement pour vivre, demandait à être délivrée de son infirmité. Le prolapsus avait vingt ans de date, il s'était développé progressivement, il était énorme : on ne voyait, à la vulve, qu'une grosse masse proéminente, rouge, ulcérée, occupée à son centre par un col très gros et très dilaté; la cavité utérine mesurait

1. Voy. la leçon précédente.

11 centimètres, la vessie et la paroi antérieure du rectum étaient prolabées avec le vagin.

Je résolus de faire l'hystérectomie, et le 24 juin 1895, à l'hôpital Necker, je procédai à l'opération suivante : le col étant saisi avec des pinces de Museux, je traçai, au-devant de lui, à la limite du cul-de-sac vésical, une incision arquée, transversale, et je commençai à décoller la vessie, très adhérente, jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal que j'ouvris; même incision en arrière du col, et mêmes précautions pour isoler la paroi rectale, jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qui fut ouvert à son tour. Je réunis alors mes deux incisions pré et rétro-cervicales par deux traits antéro-postérieurs, qui passaient à mi-distance du col et de la vulve, et qui circonscrivaient ainsi, sur les parois latérales du vagin, un large segment destiné à être extirpé avec l'utérus. Le fond de l'organe, très volumineux, fut renversé en arrière, et, de chaque côté, une longue pince-clamp appliquée sur les ligaments larges, très épais; section des deux ligaments, extraction de l'utérus, excision plus large des parois latérales du vagin et réunion de leurs bords par un surjet de catgut, en ne laissant que la place nécessaire au passage des clamps, laissés à demeure. Le cône vaginal fut aisément rebroussé, et reprit sa place. Tamponnement iodoformé.



Fig. 118. — Utérus prolabé, enlevé par l'hystérectomie vaginale. — Résection large du vagin. — A, utérus. — B, paroi vaginale, considérablement épaissie. — C. Col utérin.

Ici encore, le résultat immédiat fut très satisfaisant; les pinces furent retirées au bout de quarante-huit heures, et, au quatrième jour, le tamponnement. Dès le douzième jour, on levait l'opérée

dans un fauteuil; et, au bout de trois semaines, elle commençait à marcher. Le 25 juillet, elle quittait l'hôpital, très valide : il n'y avait plus aucune trace de prolapsus. J'ai appris depuis qu'elle avait repris son travail.

Sur l'utérus que voici (Fig. 118), et qui est resté en continuité avec le segment excisé du vagin, vous pourrez juger de l'épaisseur considérable de cette paroi vaginale.

Vous avez vu ma seconde opérée ici même, en novembre dernier. C'est encore une blanchisseuse, de 58 ans, qui ne compte dans ses antécédents qu'un accouchement à terme, il y a trente-sept ans, et une fausse couche de trois mois et demi, neuf ans plus tard. Le prolapsus remontait à onze ans : et là encore, il y avait à la fois hernie complète de l'utérus, cystocèle et rectocèle. Le volume de la tumeur, les ulcérations de sa surface, le gonflement et la pseudo-irréductibilité auxquels elle était sujette, interdisaient à la malade tout travail, et lui rendaient la marche elle-même très pénible. Les pessaires n'avaient été d'aucune utilité.

Je l'opérai, à l'Hôtel-Dieu, le 10 octobre 1893, et, cette fois, je résolus de modifier un peu ma technique, et de faire d'abord l'hystérectomie, puis une large colporrhaphie. Dans un premier temps, je pratiquai une incision circulaire autour du col, et je décollai la vessie et le rectum jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux, que j'ouvris : puis l'utérus fut rabattu en arrière, avec une pince de Museux. Les ligaments larges étant bien isolés et bien apparents, je liai chacun d'eux en deux paquets avec une soie plate, je les sectionnai et j'enlevai l'utérus. Dans un second temps, je taillai, aux dépens de la paroi vaginale postérieure, un large triangle à base inférieure que j'excisai; j'en rapprochai les deux bords par un surjet de gros catgut, et, de la sorte, le canal vaginal se trouva notablement rétréci, en même temps que je fermais complètement la cavité péritonéale.

Ici encore, tout se passa très simplement, et au milieu d'une apyrexie complète. Au bout d'une dizaine de jours, le tamponnement fut retiré; la malade se leva au bout de trois semaines, et le 2 novembre, elle quittait l'Hôtel-Dieu, ne souffrant plus, marchant bien, et prête à reprendre ses occupations.

Nous l'avons vue revenir le 18 novembre dernier. De nouveau,

il s'était montré à la vulve « une petite grosseur », et je constatai que la paroi postérieure du vagin restait bien en place (la cicatrice de la colporrhaphie y était, du reste, très apparente), mais qu'en avant il existait une légère cystocèle. Bien que la malade ne fût que peu incommodée par ce léger prolapsus vaginal récidivé, je lui conseillai de se soumettre à une petite intervention complémentaire, à laquelle elle se décida, non sans peine. Le 21 novembre, j'ai pratiqué devant vous une double colporrhaphie latérale[1], en avivant de chaque côté un long triangle. Au bout d'un mois, notre opérée nous quittait : cette fois, rien ne prolabait plus à la vulve, et je ne doute pas que la guérison ne soit définitive.

Voilà donc trois observations de *prolapsus complets, invétérés, incoercibles*, dans lesquels l'hystérectomie paraissait s'imposer comme une dernière ressource. Toute radicale qu'elle soit, cette intervention ne date pas d'hier; et, si, depuis quelques mois, l'on parle beaucoup d'elle, depuis longtemps on en avait prévu les indications, on avait osé l'exécuter.

Je ne veux pas rappeler l'étrange histoire de cette jeune servante de Venise, dont parle H. Saxonia, et qui, affligée depuis plusieurs années d'un prolapsus irréductible, arracha sa matrice pendante, devançant ainsi de plusieurs siècles la pratique chirurgicale. Je ne veux même pas reproduire une à une les opinions des plus anciens chirurgiens, qui, presque tous, conseillent — en passant — l'extirpation de ces matrices herniées, putréfiées et irréductibles. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que les premières hystérectomies ont été toutes pratiquées pour des prolapsus compliqués, cancéreux, gangrenés ou en voie de l'être, et nous verrons que, pour un certain nombre de chirurgiens, la coexistence de ces accidents représente encore l'indication principale de l'intervention.

Dans une lettre à Smellie, en 1757, Oakley (de Birmingham) rapporte, qu'en présence d'un prolapsus irréductible et menacé de sphacèle, il proposa l'extirpation de l'organe au moyen d'une ligature : la malade refusa. Ce fut un utérus prolabé cancéreux que Langenbeck enleva en 1813; en 1836, Gebhardt[2] opéra dans les

1. Edebohls préconise ce mode de colporrhaphie, qui lui a fourni de bons résultats (*The operative Treatment of complete Prolapsus uteri et vaginæ*. — *American Journal of Obstetrics*, juillet 1893, p. 72.)
2. GEBHARDT. *Arch. d. dänischen Gesundheits College*, 1836.

mêmes conditions; en 1838, Jurgensen (de Copenhague)[1] pratiqua à son tour l'hystérectomie pour un utérus prolabé, qu'il croyait cancéreux : il ne l'était pas; en 1864, Edwards[2] intervient, chez une femme de 74 ans, pour un prolapsus irréductible et gangrené.

Pour la première fois, en 1867, nous trouvons, entre les mains de Choppin, *une hystérectomie pratiquée pour un prolapsus simple.* Depuis, les faits, encore épars, se multiplient en Angleterre et en Amérique (Patterson, Mac Cosh, Cœ, Krug, Hunter, Taylor, Beverly, Edebohls, Clarke, etc.); en Allemagne (Kehrer, Kaltenbach, Hahn, Martin, Riedel, Winiwarter, Baumgartner, Müller, Fritsch, Asch, Skutsch[3], etc.).

Le 20 décembre dernier, le rapport, lu par M. Quénu à la Société de Chirurgie[4], sur cinq cas personnels et sur nos deux premières observations, a eu l'heureuse fortune de provoquer une longue et intéressante discussion, de faire publier à peu près toutes les observations françaises et de susciter un certain nombre de travaux d'ensemble, tels que le mémoire de MM. Hartmann et Du Bouchet[5], les thèses de Zolotnitzky[6], Prieur[7], Bellicaud[8], Le compte[9], Lanique[10], etc.

Nous sommes donc, à l'heure actuelle, en possession d'un nombre assez considérable de documents pour asseoir la discussion sur des bases positives et tirer des conclusions. M. Zolotnitzky, dans ses tableaux, fait figurer 69 observations étrangères — et il manque les trois faits de Skutsch, publiés par Kiel[11] — et 61 obser-

1. Jurgensen. *Zeitschrift für die gesammte Medicin.* Bd. IX, 1838, p. 570.
2. Edwards. *British med. Journal,* 1864.
3. Kiel. *Totalexstirpation des Uterus wegen Prolaps. — Inaug. Diss. Iena,* 1893. — Pour toutes les autres indications, nous renvoyons au tableau qui figure dans l'excellent mémoire de MM. Hartmann et Du Bouchet : L'Hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus, *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* janvier 1894, p. 45.
4. Voy. aussi : *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* janvier 1894, p. 28.
5. *Loc. cit.*
6. Zolotnitzky. *Hystérectomie vaginale contre le prolapsus des organes génitaux.* (*Thèse doct.,* 1894.)
7. Prieur. *Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale.* (*Thèse doct.,* 1894.)
8. Bellicaud. *De l'hystérectomie vaginale totale dans quelques cas de prolapsus utérin.* (*Thèse doct.,* 1894.)
9. Lecompte. *Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale.* (*Thèse doct.,* 1894.)
10. Lanique. *De l'hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement du prolapsus utérin complet.* (*Thèse de Nancy,* 1894.)
11. *Loc. cit.*

vations françaises. Que disent ces chiffres, au moins en termes généraux?

Il faut reconnaître que l'opinion commune n'est que peu favorable à l'hystérectomie dans le prolapsus, et que la plupart des chirurgiens en restreignent singulièrement les indications. Nous croyons qu'en bonne logique, il y a lieu d'éliminer de la discussion les prolapsus compliqués de néoplasme utérin, ou de lésions annexielles doubles : en présence d'un cancer de l'utérus prolabé, d'un gros fibrome ou de fibromes multiples, d'une suppuration pelvienne double, le prolapsus lui-même est relégué au second plan, il n'influe que d'une façon accessoire sur le choix de l'intervention, qu'il contribue simplement à faciliter.

L'étranglement du prolapsus, la gangrène imminente ou déjà confirmée, l'irréductibilité permanente et compliquée d'engorgement chronique et d'ulcérations extensives, créent, de leur côté, des indications indéniables, bien qu'en somme elles soient rares. Personne ne songe à les éluder; mais le point capital de la question est ailleurs.

Le voici. Sommes-nous autorisés à faire l'hystérectomie totale, *pour un prolapsus non compliqué, réductible, mais invétéré, incoercible, douloureux*, et qui a résisté ou résisterait fatalement, d'après les résultats de l'examen local, à toutes les autres tentatives opératoires? *Dans quelles conditions*, à quel âge, cette détermination radicale devient-elle légitime? et quel est, pour le présent et pour l'avenir, *le bénéfice réel* de ce large sacrifice?

La plupart des hystérectomies, hormis les cas d'irréductibilité aiguë et de gangrène, ont été faites sur des femmes *qui avaient passé l'âge de la ménopause, ou n'en étaient que peu éloignées*, souvent chez des femmes très âgées. Pour nous, cette règle nous paraît inviolable, et, en dehors des nécessités que peuvent imposer l'étranglement et le sphacèle, nous croirions mal faire en extirpant un utérus simplement prolabé, avant la fin de la période sexuelle. Ne sait-on pas qu'un prolapsus simple n'entrave ni la conception, ni l'accouchement à terme? Il n'est plus besoin d'en produire d'exemples. Mais, une fois la ménopause accomplie, si l'utérus ne devient pas, dans toute la réalité du terme, « un

meuble inutile », il ne mérite pas de faire naître tant de scrupules, et l'on ferait mieux, peut-être, de reporter un peu de ce « respect de l'organe », sur ces utérus jeunes, malades, il est vrai, entourés d'annexes malades, mais qui s'amélioreraient peut-être, sous l'influence d'une thérapeutique patiente et conservatrice, et fonctionneraient encore.

L'objection d'âge éliminée, il reste à établir, avant d'en venir à la « cure radicale », l'impuissance de tout autre mode opératoire. Vous savez, Messieurs, que nous ne sommes pas désarmés en présence des formes moyennes du prolapsus, que nous avons à notre disposition les opérations plastiques périnéo-vaginales, d'une part, et de l'autre, l'hystéropexie, et mieux encore, la combinaison des deux interventions. Mais, en présence des formes extrêmes, les insuccès ne se comptent pas. Que de fois ne nous est-il pas arrivé, à tous, d'amputer le col, de faire une double colporrhaphie, suivie d'une large périnéorrhaphie, de rétrécir la vulve et le vagin dans des proportions presque excessives, d'obtenir un résultat primitif superbe, et, quelques mois après, quelques semaines même, de voir revenir nos opérées : tout est détruit, tout est retombé! Ces échecs ne surviennent-ils jamais après l'hystéropexie? On ne saurait le soutenir; j'ai vu ici même, salle Lisfranc, une malade opérée, et bien opérée, j'en suis certain, par un chirurgien de grande habileté, chez laquelle, trois mois après l'hystéropexie, le prolapsus s'était reproduit comme devant.

Et le cloisonnement du vagin? allez-vous me dire. Oui, je l'ai vu pratiquer maintes fois, et avec succès, par mon maître Le Fort; je l'ai pratiqué moi-même dans trois cas, et j'en ai obtenu de bons résultats. Ma dernière malade (pour ne parler que de celle-là) était une femme de 41 ans : le col utérin faisait saillie hors de la vulve, encadré, en avant et en arrière, par une cystocèle et une rectocèle volumineuses. Je fis un très long et très large avivement, et j'eus soin de faufiler mes fils dans l'épaisseur de la paroi cruentée, pour bien adosser les surfaces : les sutures les plus élevées furent faites au catgut, les inférieures au fil d'argent. La réunion fut complète, mais il persistait un léger degré de rectocèle, qui nécessita, un mois après, une colpo-périnéorraphie postérieure, complémentaire. Opérée le 9 octobre 1891, ma malade sortit le 16 décembre : la restauration périnéo-vulvaire semblait parfaite, et l'utérus

était bien maintenu derrière la colonne cicatricielle du vagin.

Ces résultats immédiats sont-ils devenus définitifs? Je ne sais; mais cette permanence de la guérison a été constatée chez un bon nombre des opérées de Le Fort[1]. Pourtant je pense — et ce que j'ai vu me confirme dans cette opinion — que le cloisonnement est applicable surtout à la variété de prolapsus dont je viens de vous donner un exemple, et que, sous le poids d'un gros utérus, depuis longtemps hernié, et tout entier, la barrière cicatricielle ne tarderait pas à se rompre.

Que vouliez-vous donc faire, je vous le demande, Messieurs, sur cette masse cutisée, œdématiée, prolabée depuis vingt ans, que nous trouvions chez notre vieille malade? Quelle opération plastique aurait eu la moindre chance de réussir, et surtout de « tenir » quelque temps[2]? Et cette paroi abdominale, déprimée, flasque et lâche, eût-elle fourni à l'utérus, à ce gros utérus, soulevé, un point de soutien suffisant? Fallait-il donc courir au-devant d'un échec presque certain, ou condamner la malade à une série de réopérations successives, à des chloroformisations, à des alitements répétés, pour conserver un organe, non seulement inutile, mais lui-même malade, ulcéré, douloureux? Pour ma part, je persiste à croire qu'en pareil cas, lorsque les opérations plastiques et l'hystéropexie ont échoué, ou même lorsque l'ancienneté du prolapsus, l'état de la paroi abdominale, l'âge de la malade, rendent ces interventions très aléatoires, il vaut mieux, en tout état de cause, recourir d'emblée à l'hystérectomie, et, dans une seule séance, supprimer tout le mal.

D'ailleurs, l'hystérectomie doit-elle être tenue pour une opération grave, en pareilles conditions? Non, et l'analyse des faits le prouve avec toute évidence.

Il est une illusion qu'on perd vite, dès qu'on se trouve aux prises avec une hystérectomie vaginale pour prolapsus : l'extirpation semblait toute simple et toute facile; l'utérus se présente de lui-même, il est tout entier hors de la vulve, on va le détacher et le

1. Voy. André. *Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort. Thèse doct.*, 1889.

2. Schauta reconnaît aussi, comme l'une des indications de l'hystérectomie pour prolapsus (et il considère ces indications comme très rares), l'*atrophie sénile avancée du plancher pelvien* (Die Indicationsstellung der vaginalen Totalexstirpation, *Archiv. f., Gynækologie*, 1890, Bd XXXIX, p. 121).

« cueillir » sans peine. On se détrompe bientôt : l'hystérectomie, en pareil cas, est le plus souvent difficile; la paroi vaginale antérieure ne se décolle qu'avec de grandes difficultés, et la vessie, mise à nu, saigne beaucoup[1]. Le cul-de-sac de Douglas est souvent oblitéré par des adhérences, et l'utérus bascule et s'isole mal; les ligaments larges sont épaissis et s'abaissent peu. Tout cela est vrai; mais il ne faudrait pas grossir les obstacles opératoires, et, si la première hystérectomie est souvent pénible, la seconde l'est moins, et la troisième moins encore. En somme, l'opération peut se faire assez vite et sans dangers opératoires proprement dits.

D'après les statistiques de M. Zolotnitzky, la mortalité réelle, en laissant de côté les faits où l'événement fatal n'a été qu'en rapport indirect avec l'intervention, serait de 2,44 pour 100, pour les 68 observations étrangères, de 1,49 pour 100 pour la série des 62 observations françaises; en moyenne, elle serait de 2,3 pour 100. Mais, si nous examinons les trois cas de morts opératoires que l'auteur retient, nous trouvons un fait de Taylor (1888), où l'opérée succomba « au choc », trois jours après l'opération. Il s'agissait d'un prolapsus compliqué d'épithélioma intra-cervical. — Un autre d'Overbrecht, où, à la suite d'une intervention qui dura deux heures, la malade resta dans un collapsus profond et succomba, au troisième jour, de paralysie cardiaque. Enfin celui de M. Lucas-Championnière, où l'intervention fut suivie d'une hémorrhagie considérable et répétée, qui entraîna la mort : une pareille éventualité, d'explication malaisée, ne saurait être évidemment que tout exceptionnelle.

Il n'y a rien, dans ces terminaisons mortelles, qui révèle *un danger propre à l'hystérectomie elle-même*. Si la malade a le cœur ou les reins malades, si l'anesthésie est longue et la quantité de chloroforme absorbé considérable, si l'asepsie n'est pas complète, l'opération sera grave, mais d'une gravité qui ne lui est en rien particulière; et comme il est avéré que, malgré les quelques difficultés souvent rencontrées, elle peut, en somme, s'exécuter assez vite; que, d'autre part, il appartient au chirurgien de n'y re-

1. Plusieurs chirurgiens (Lucas-Championnière, Schwartz, Reclus....), ont signalé l'existence d'un suintement sanguin abondant et même de véritables hémorrhagies mortelles chez l'une des malades de M. Championnière). Elles sont dues peut-être à un état variqueux des plexus veineux vésico-vaginaux.

courir que chez les malades d'un état général satisfaisant, le pronostic opératoire devient très bénin.

D'ailleurs, l'histoire de nos deux dernières opérées, l'une de 74 ans, l'autre de 79 ans, vous en aura fourni, je crois, une excellente preuve. Les suites opératoires ont été tout aussi simples qu'après une intervention plastique, toujours longue, sur le vagin et le périnée, ou une hystéropexie.

Aussi les adversaires de l'opération n'insistent que peu, en général, sur cet élément : la gravité de l'hystérectomie. Un autre point prête autrement à la discussion : celui *des résultats éloignés, des bénéfices définitifs*, que l'extirpation totale assure aux opérées.

Pourquoi s'obstiner à enlever l'utérus : il ne joue, en réalité, qu'un rôle secondaire dans le prolapsus; le vagin, la vessie et le rectum prolabent avant lui et restent prolabés, après l'hystérectomie. Rien n'est plus vrai, et nous ne saurions que souscrire pleinement aux conclusions de M. Richelot : « Ce n'est pas l'utérus qui pousse le vagin au dehors, *c'est le vagin qui se déroule et attire l'utérus*. Que la suppression d'un organe volumineux et pesant, douloureux, hémorrhagique, paraisse opportune, c'est fort bien; mais il faut savoir qu'on ne fait rien de plus radical, en agissant ainsi; au contraire, l'hystérectomie est accessoire; aussi devons-nous tenir pour rationnel de ne pas la faire seule, et de la faire suivre d'une colporrhaphie immédiate. » L'hystérectomie n'est là qu'une opération préliminaire, mais qui permet seule d'exciser et de rétrécir les parois vaginales aussi complètement qu'il est nécessaire.

Que les récidives du prolapsus vaginal ne soient pas rares, c'est un fait avéré; mais que prouvent-elles? Ceci seulement, que la *colpectomie* et la colporrhaphie secondaires n'ont pas été suffisantes. L'analyse des observations le démontre amplement : sur 62 hystérectomies simples, non combinées à une restauration vaginale, M. Zolotnitzky relève 23 récidives, manifestes ou ébauchées, soit 37 pour 100; sur 64 hystérectomies suivies de colporrhaphies étendues, il ne signale que 11 récidives, soit 17,2 pour 100. Nous avons eu une récidive de cystocèle chez l'une de nos malades, mais je suis convaincu qu'elle était due en grande partie à l'insuffisance de la résection vaginale, lors de mon intervention première : j'avais excisé un large triangle postérieur, et je m'étais

contenté d'une excision beaucoup moindre, en avant. Or, la paroi vaginale postérieure était restée bien en place, bien fixée, et c'était en avant, au niveau de la vessie, que le prolapsus vaginal s'était reproduit. D'ailleurs, que sont-elles, d'ordinaire, ces récidives, et peuvent-elles, en aucune façon, être mises en parallèle avec l'affection primitive, avec ces gros prolapsus, ulcérés, œdématiés et douloureux? Le succès n'est pas complet, c'est vrai, mais le soulagement n'en est pas moins considérable. Et, de plus, ce léger accident secondaire peut être prévenu ou réduit au minimum par la technique opératoire suivie.

Aussi tous les procédés ont-ils été fondés sur cette double tendance commune : *réséquer le vagin aussi largement que possible, le fixer et suspendre son extrémité profonde.* Il faut faire à la fois l'*hystérectomie et une large colpectomie*; il ne suffit pas d'aviver la paroi vaginale comme au cours d'une colporrhaphie ordinaire, il faut l'exciser *dans toute son épaisseur*, y tailler de véritables lambeaux, auxquels on donnera toute l'ampleur nécessaire[1]. La méthode de Fritsch, décrite et figurée dans le mémoire de Asch, et reproduite un peu partout depuis quelques mois, semble réunir à peu près tous les desiderata.

On trace, d'abord, sur la face postérieure du prolapsus, une incision en large V, dont le sommet correspond à l'union du tiers postérieur (voisin de la fourchette) et des deux tiers antérieurs de la paroi vaginale correspondante. On ouvre le cul-de-sac postérieur; l'utérus est renversé, en arrière, par cette brèche, et les ligaments larges liés[2] par étages, de haut en bas. Une seconde incision en V est menée alors sur la face antérieure de la masse prolabée : elle permet de décoller et de relever la vessie, d'ouvrir le péritoine en avant et finalemént d'extraire l'utérus et les deux larges segments vaginaux. Il ne reste plus qu'à réunir les bords des deux colpectomies, antérieurs et postérieurs, en ayant soin de sutu-

1. La paroi vaginale, en pareil cas, est d'une épaisseur souvent énorme ; elle mesurait près d'un centimètre, chez nos deux dernières malades. Que peut-on faire d'utile, sur ces cylindres épais et rigides, par un avivement superficiel, limité à la muqueuse? Il faut tailler en plein drap et largement.

2. On a beaucoup discuté, à la Société de chirurgie, les avantages respectifs du pincement ou de la ligature des ligaments larges. J'avoue, pour ma part, que, toutes les fois que je pourrai substituer, aux clamps à demeure, une bonne ligature, je ne manquerai pas de le faire, et, en cela, toutes les malades seront de mon avis.

rer le péritoine à la tranche vaginale et d'y rattacher de chaque côté les moignons des ligaments larges.

M. Quénu s'est servi d'un manuel opératoire fort ingénieux, ayant pour but de solidariser le fond du vagin avec l'extrémité interne des ligaments larges sectionnés, qui, par leur rétraction, figurent une sorte de sangle et le maintiennent soulevé. Il libère l'utérus, le sectionne sur la ligne médiane, et de chaque côté, lie en trois paquets le ligament large : il coupe l'un des chefs de chaque ligature : les trois autres chefs sont noués, deux à deux, avec les trois chefs restants du côté opposé : de la sorte, les deux ligaments larges sont réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane; ils constituent une véritable sangle, qui rétracte et soulève le fond du vagin « Pour être efficace, ajoute M. Quénu, il faut que l'hystérectomie vaginale soit une véritable colpopexie ».

En combinant ce procédé de suspension vaginale à la *colpectomie*, qui reste pour nous, ***l'un des éléments essentiels sinon le temps principal de l'intervention***, les résultats définitifs seront, sans doute, de plus en plus favorables. Chez notre opérée, nous n'avons pu suturer l'un à l'autre les deux ligaments larges, parce qu'ils avaient été pincés et sectionnés trop loin et que, d'ailleurs, ils se rétractèrent tout de suite en haut et en dehors; mais la partie inférieure du pédicule n'en fut pas moins rattachée au vagin, et je donnai aux lambeaux de Fritsch de plus grandes dimensions encore que dans la technique primitive. On est toujours un peu étonné de la facilité avec laquelle se rapprochent peu à peu les bords de ces grands délabrements, et il ne faut pas craindre de les faire, en apparence, excessifs.

Avec cette technique, l'*hystéro-colpectomie*, dans le prolapsus, donnera sans doute des résultats définitifs plus complets. Elle ne sera jamais, et personne ne l'a jamais proposée comme telle, le traitement de choix du prolapsus, mais elle rendra de bons services, et *seule, elle peut les rendre*, dans ces prolapsus complets, invétérés, incoercibles, douloureux, dont nous avons parlé.

IV

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

Remarques sur une série de dix-neuf fibromes utérins opérés. Indications opératoires : hémorrhagies, douleurs, accroissement rapide de la tumeur, quelquefois après une période de latence prolongée, et après la ménopause. — Variétés des tumeurs : 1° gros fibromes, tout d'une pièce; 2° fibromes multiples, agglomérés en une masse régulière; 3° fibromes multiples, groupés en une masse bosselée et lobée. — Fréquence des lésions annexielles : un fibrome utérin combiné à un fibrome de l'ovaire. — Méthodes opératoires. — Hystérectomie abdominale, avec pédicule à la paroi; hystérectomie vagino-abdominale totale; hystérectomie abdominale totale; hystérectomie vaginale. — Enlever tout l'utérus fibromateux, suivant son volume, par le vagin ou par l'abdomen.

Messieurs,

Vous m'avez vu enlever, avant-hier, par le vagin, un gros utérus fibromateux. Notre malade avait 48 ans. Elle souffrait du ventre depuis dix ans; à cette époque elle avait consulté, à la Charité, le professeur Trélat, qui aurait porté le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus. Pourtant sa santé se maintenait assez bonne, et, en janvier dernier, elle cessait d'être réglée. C'était la ménopause. Or il arriva — ce qui arrive souvent — que cette date fatidique dans l'évolution des fibromes ne coïncida nullement, comme il est de notion courante de le répéter, avec la disparition des accidents. Trois mois après, en avril, les pertes de sang se reproduisirent, mais avec un nouveau caractère : elles durèrent dix et quinze jours, de plus en plus abondantes, et, depuis plus d'un mois, les métrorrhagies s'étaient succédé d'une façon ininterrompue. De là, tous les signes d'une anémie déjà inquiétante, l'amaigrissement, le délabrement des fonctions digestives.

Tout d'abord, on eût pensé au cancer; mais non, c'était *l'ancienne tumeur fibreuse qui s'était reprise à grossir*. A l'hypogastre, nous sentions une tumeur bosselée, irrégulière, dure, qui remontait à deux travers de doigt au-dessus du pubis; par le vagin,

un col très gros, très bosselé, lui aussi, largement ouvert, et dans les culs-de-sac le relief et l'induration des nodosités du corps utérin. Certes, l'intervention était indiquée et urgente.

L'opération a été assez simple : l'utérus, fendu en long sur sa face antérieure et morcelé peu à peu, s'est abaissé sans trop de peine ; finalement, le fond, lui-même très volumineux, a basculé en avant : les deux ligaments larges ont été pincés de haut en bas, puis sectionnés, et le reste de la masse enlevé ; les annexes, de chaque côté, ont été extirpées en même temps [1].

Cette dernière hystérectomie nous fournit l'occasion de revoir ensemble la série des fibromes que nous avons opérés cette année. Aussi bien ai-je conservé la plupart de ces tumeurs (celles qui ont été enlevées par le ventre), que je vous présente. Cherchons donc à tirer quelques données pratiques de nos observations.

Depuis le 1er février 1893, j'ai eu à intervenir dans 19 cas de fibromes utérins, et les opérations que j'ai pratiquées se décomposent comme il suit :

Hystérectomies abdominales	9
Hystérectomies vaginales	6
Hystérectomies vagino-abdominales totales	2
Opération de Battey	1
Laparotomie exploratrice	1

Commençons, si vous le voulez, par ces deux derniers faits. — Du reste, celui où j'ai dû me borner à une simple laparotomie exploratrice rentre plutôt dans l'histoire du sarcome ou du fibro-sarcome de l'utérus que dans celle du fibrome commun.

Il s'agissait d'une jeune femme de 37 ans, très maigre, très pâle, très nerveuse, qui, depuis plus d'une année, avait eu d'abondantes ménorrhagies et souffrait dans le ventre et les reins, au point de ne marcher que difficilement. Elle avait essayé un peu de tous les traitements. J'avais constaté l'existence d'une grosse tumeur, qui soulevait la paroi amaigrie du ventre et remontait jusqu'à l'ombilic ; la masse, arrondie, faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur et le remplissait. Elle semblait peu mobile : pourtant elle paraissait se déplacer un peu, en travers, sous la main.

J'ouvris le ventre, comptant faire, s'il était possible, l'hystérec-

1. Voir le tableau n° 18.

tomie abdominale, ou, tout au moins, comme pis-aller, l'opération de Battey. Je ne fis ni l'une ni l'autre, et voici pourquoi : je tombai sur une masse bosselée, immobile, enclavée dans le bassin, qu'elle remplissait, « soudée » partout, à l'intestin, aux parois pelviennes, à la vessie, aux vaisseaux iliaques, et non point par ces adhérences en nappe serrée, pourtant encore décollables, que l'on voit d'ordinaire, mais par une véritable fusion, propre aux tumeurs malignes. J'essayai, du reste, d'amorcer la libération, et je dus m'arrêter presque aussitôt devant l'impossibilité démontrée d'enlever la tumeur sans enlever avec elle les organes qui lui étaient si intimement accolés. Je cherchai les annexes : elles étaient englobées dans la masse et se reconnaissaient à peine, et cette gangue néoplasique saignait abondamment à la moindre déchirure. Je refermai le ventre : c'était le seul parti à prendre. La malade se remit très vite de l'opération, et j'assistai à ce phénomène étrange, déjà signalé maintes fois, d'une atténuation marquée des accidents fonctionnels : les douleurs avaient cessé, le ventre était moins lourd, l'appétit avait reparu, l'amélioration était manifeste pour tout le monde. A-t-elle persisté? je ne sais et j'en doute.

Chez une autre malade, de 30 ans, que je vous ai présentée au début de l'année, j'ai dû aussi, par force, renoncer à l'hystérectomie, et me borner à l'opération de Battey. La tumeur bosselée ne remontait pas tout à fait jusqu'à l'ombilic, et faisait, dans le vagin, un relief très accusé ; on sentait ses lobes inférieurs dans tous les culs-de-sac. Je vis là une indication de choisir la voie vaginale, à laquelle se prêtait le volume du fibrome. Je me mis en devoir de faire, par cette voie, l'hystérectomie, je me heurtai à des difficultés inouïes.

Vous savez que l'hystérectomie vaginale pour un gros fibrome est toujours une besogne pénible et qu'il y faut du temps, de la vigueur et de la patience; mais ici, je rencontrai plus que des difficultés ; rien, absolument rien ne s'abaissait, et, après avoir enlevé le segment le plus inférieur de la tumeur, je me vis contraint de m'arrêter. Séance tenante, je fis la laparotomie, et j'eus l'explication de mon échec : la tumeur tenait partout, et, après m'être enquis de la résistance et de la vascularité de ces adhérences, je crus prudent de ne pas insister. J'extirpai les annexes des deux côtés : elles étaient bien isolées, aux deux cornes de

la masse fibromateuse, et j'enlevai les deux ovaires, tout entiers, en état d'intégrité complète, et les deux tiers externes des trompes. J'ai conservé assez longtemps ces annexes, et j'ai pu me rendre un compte précis de ce que je viens de dire. Vous allez voir pourquoi j'insiste.

Ma malade guérit très bien : opérée le 12 juin 1893, elle quittait l'hôpital le 6 juillet, pour aller à la campagne. Fin septembre, je la revoyais : elle ne souffrait presque plus, sa mine était devenue excellente, et le poids seul de la tumeur la gênait encore; pourtant je fus frappé de la réduction du volume du fibrome. Ses deux grosses bosselures supérieures étaient devenues plus petites, mieux détachées, plus nettes à travers la paroi; enfin, les règles avaient reparu à la fin d'août, régulières d'abondance et de durée; elles ont continué depuis, avec les mêmes caractères.

Les exemples de ces retours menstruels, après une oophorectomie double, qui, pourtant, semblait aussi complète que possible, ne sont pas nouveaux, et je ne veux pas m'y attarder. Quant à la réduction de la tumeur, je n'espère pas trop qu'elle se maintiendra, car ces amoindrissements momentanés ont été observés de temps en temps et font place, assez souvent, après une trêve de durée variable, à une évolution d'activité nouvelle. L'opération de Battey n'est, en général, qu'un pis-aller et ne donne aucune sécurité d'avenir : ici, je ne pouvais faire mieux.

J'en viens à nos 17 cas d'extirpation totale, et je veux me demander devant vous : 1° *Pourquoi* nous avons opéré? 2° *Quelles variétés de tumeurs*, quelles formes de fibromes nous avons rencontrées? 3° Pourquoi nous avons choisi *tel ou tel mode d'intervention*, et quelles conclusions nous avons tirées de nos opérations?

Nous ne sommes jamais intervenu *pour la tumeur seule*, mais pour les accidents, douleurs, hémorrhagies, troubles viscéraux, qu'elle provoquait, ou encore parce que l'accroissement rapide du fibrome devenait menaçant. Une cachexie cardiaque avancée, chez l'une de nos malades, encore jeune; un état général très précaire, chez une femme âgée, qui se présentait, il y a peu de temps, avec un volumineux fibrome compliqué d'ascite, ont été pour nous des contre-indications formelles.

De nos 17 malades, 7 avaient moins de 45 ans, et, par suite,

n'avaient pas atteint le terme de la ménopause; 2 l'avaient dépassé: notre dernière opérée, chez qui les pertes de sang avaient reparu trois mois plus tard, et une autre femme, de 51 ans, qui n'avait jamais eu de pertes et qui avait cessé d'être réglée depuis huit mois, sans que pour cela le fibrome cessât de grossir et de provoquer des douleurs et des désordres fonctionnels croissants.

Les hémorrhagies constituaient l'accident principal, chez toutes nos malades, sauf 4 : leur abondance et leur répétition avaient déterminé chez plusieurs d'entre elles une anémie et une déchéance générale qui ne laissaient pas que d'être inquiétantes. *Les douleurs* étaient presque aussi constantes : douleurs abdominales s'irradiant dans les reins, les cuisses, et s'exagérant, par crises, au moment des ménorrhagies ou des métrorrhagies; assez rarement, elles avaient ce caractère de « douleurs expultrices » qui s'observent plutôt dans les fibromes intra-cavitaires. Une de nos opérées n'avait ni douleurs ni pertes : elle était âgée de 39 ans; depuis deux ans, son ventre grossissait, et l'accroissement de volume avait pris, dans les derniers mois, des proportions considérables. La tumeur, énorme, remontait jusqu'à trois travées de doigt au-dessus de l'ombilic; elle était si régulière, si molle, et donnait si bien la sensation de fausse fluctuation, qu'on avait porté, dans un hôpital, le diagnostic de grand kyste, pauciloculaire, de l'ovaire. Ces grandes proportions, cet accroissement continu étaient, par eux-mêmes, de suffisantes indications à une intervention rapide.

Cette *évolution brusquée*, cette aggravation soudaine des phénomènes fonctionnels, succédant à une période latente plus ou moins prolongée, sont du reste d'observation assez fréquente, dans l'histoire des fibromes utérins. Un accident en est quelquefois le point de départ, et révèle une tumeur jusqu'alors silencieuse. Le fait était frappant dans l'observation que voici, celle d'une femme de 34 ans, que nous opérions au mois de mars dernier[1]. Toujours un peu frêle, mais, en somme, bien portante, et sans passé utérin, en septembre 1892, elle fait une chute à bord d'un paquebot, qui la conduisait à la Guadeloupe. Il s'ensuit une métrorrhagie abondante, qui se prolonge une dizaine de jours, et le médecin du bord

1. N° 12 du tableau.

constate l'existénce d'*une tumeur abdominale déjà volumineuse*. Depuis lors, la tumeur ne fait que grossir, les métrorrhagies se succèdent, et, à son retour en France, elle nous était amenée, avec un fibrome de forme extrêmement irrégulière, et, en quelque sorte, multilobée.

L'examen de ces pièces vous montrera, en effet, que la forme générale de ces grosses tumeurs varie beaucoup, le fait n'est pas sans intérêt, au point de vue opératoire. Il est aisé d'en distinguer trois types : 1° *les énormes fibromes, tout d'une pièce*, sphéroïdes et de surface lisse; 2° *les fibromes multiples, groupés, conglomérés* sous une enveloppe commune, *en une masse unique et régulière*. Assez souvent ils occupent, sous cette forme, le fond même de l'utérus, en laissant intact le reste du corps utérin, comme une sorte de long pédicule. De fait, pareilles tumeurs jouissent assez souvent d'une telle mobilité, dans l'abdomen, qu'on les croirait pédiculées. Chez deux de nos malades, j'ai attiré votre attention sur *cette mobilité extrême du fibrome :* gros comme une tête d'adulte, parfaitement arrondi et de contours uniformes, il se déplaçait sous la main, d'une fosse iliaque à l'autre, roulant dans tous les sens, et c'est avec peine que, par le vagin, on pouvait se rendre compte de ses connexions, utérines. Une fois le ventre ouvert, nous avons trouvé, dans les deux cas, une grosse tumeur fibromateuse conglomérée, développée dans l'épaisseur même du fond de l'utérus.

La troisième variété comprend : *les fibromes multiples, agglomérés en une tumeur irrégulière, bosselée et lobée*. C'est l'éventualité la plus commune; mais la bizarrerie de forme de ces tumeurs est parfois étrange, et il en résulte des enclavements complexes, qui entravent le premier temps de l'hystérectomie abdominale, l'extraction. Maintes fois il nous est arrivé de saisir à pleine main un des lobes assez long et assez détaché pour servir de tracteur, et de soulever ainsi toute la masse.

Le toucher vaginal révèle, par avance, cet enclavement intrapelvien, et la saillie que forme dans le cul-de-sac postérieur ou antérieur les bosselures fibromateuses les plus déclives. Il permet aussi de se rendre compte de l'envahissement du col, de sa portion libre ou de son segment sus-vaginal. Certains utérus sont ainsi bourrés de fibromes sur toute leur hauteur, et il est évident

qu'en pareilles conditions, si l'extirpation par la voie vaginale est impossible, l'hystérectomie abdominale totale sera la seule opération complète et rationnelle; nous y reviendrons.

Un autre point que je tiens à faire ressortir devant vous, c'est la *fréquence des lésions annexielles*, et leur coexistence avec les gros fibromes utérins. Elles sont signalées dans plus de la moitié de nos observations; à plusieurs reprises nous avons dû extirper, à

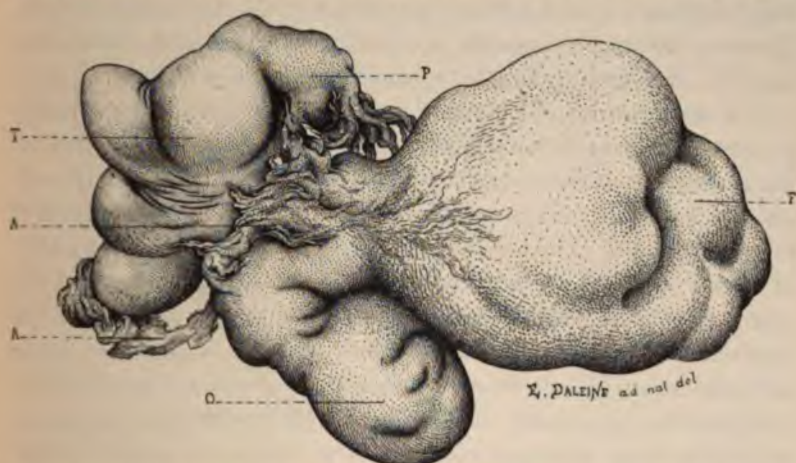


Fig. 119. — Gros fibrome de l'ovaire gauche, coexistant avec un fibrome de l'utérus. — T, trompe utérine irrégulière et distendue. — P, pavillon. — AA, adhérences péri-annexielles. — O, partie inférieure de l'ovaire. — F, fibrome de l'ovaire, implanté sur le bord supérieur de l'organe.

la suite des fibromes, de volumineuses poches kystiques tubo-ovariennes, de contenu séreux ou séro-purulent. Une fois, nous avons rencontré un fibrome de l'ovaire gauche, du volume d'un gros œuf (Voy. Fig. 119). Nous savons, d'ailleurs, que la même combinaison se retrouve souvent, lors de suppuration pelvienne, et nous avons eu maintes fois à extirper, par l'hystérectomie vaginale, un utérus fibromateux et deux poches salpingiennes[1].

Toutes ces notions trouvent leur application, dans la discussion des indications opératoires. Nous avons eu recours 11 fois à l'hystérectomie abdominale, 6 fois à l'hystérectomie vaginale.

1. Voy. les deux leçons suivantes.

Neuf fois, nous avons terminé l'hystérectomie abdominale en fixant le pédicule à la paroi : méthode ancienne, qui est très loin, je le sais, de représenter un idéal opératoire, et dont je vous dirai dans un instant tous les défauts, mais qui pourtant, dans tels cas donnés, présente de sérieux avantages. Elle est d'exécution rapide et simple : chez les malades anémiées, affaiblies, et dont le cœur, longtemps surmené, est peu résistant, elle donne le moyen de réduire au minimum la durée de l'intervention — et le shock. Pour plusieurs de nos opérées, c'était là une précaution nécessaire. Il faut bien dire aussi qu'elle est facile, et à ce titre, c'est à elle qu'on s'adresse tout d'abord — quelquefois on y revient.

Si l'on prend soin de pousser très bas la section bilatérale des ligaments larges, de façon à pouvoir isoler et soulever un étroit et long pédicule; si l'on entoure ce pédicule d'une collerette très régulière de sutures séro-séreuses; si on le cautérise longuement et profondément, en le desséchant dans toute son épaisseur, sans se borner à l'envelopper d'une coque à peine carbonisée; si, enfin, l'on surveille de près son élimination, en l'activant, au besoin, l'hystérectomie abdominale, à pédicule externe, donne des résultats satisfaisants. Sept de nos malades ont guéri, en somme, très simplement, et, à part la durée d'hospitalisation qui a été, en moyenne, de plus d'un mois de durée, tout s'est heureusement passé : à leur sortie, la cicatrice était solide et à peine déprimée au niveau de l'adhérence pédiculaire. Je les ai toutes revues, elles sont restées bien guéries, et leur cicatrice est intacte. Une seule présente une petite hernie, à la partie inférieure de la ligne blanche[1], mais l'accident était, chez elle, presque inévitable. Emphysémateuse à un degré tel, que, dans la crainte de complications pulmonaires, l'opération lui avait été refusée une première fois, puis longtemps différée, il fallut, durant toute la durée de son séjour au lit, la tenir assise, et l'on ne put éviter qu'en partie les quintes de toux prolongées et les étouffements. Le ventre eût-il été complètement fermé, que la cicatrice eût mal résisté à de pareils efforts.

Deux de nos malades ont succombé : l'une rapidement, au 5e jour, d'une façon tout inattendue[2]. La température restait normale, le

1. N° 10 du tableau.
2. N° 14 du tableau.

facies était bon, le pouls seul était d'une fréquence inquiétante: au 3[e] jour, on administra le purgatif ordinaire, qui ne fut suivi d'aucun effet; le matin du 4[e] jour, la situation était devenue subitement désespérée: le ventre n'était pas douloureux, le pansement avait été défait, la veille, sans permettre de rien découvrir, qui expliquât ces accidents étranges. A l'autopsie, il n'y avait aucune trace de péritonite, le petit bassin ne contenait pas de liquide, les intestins n'étaient ni rouges, ni agglutinés : seul, le segment terminal de l'iléon était rétréci sur une longueur de 5 à 6 centimètres et paraissait avoir été le siège de coudures multiples. Fallait-il attribuer la mort à cette occlusion post-opératoire, mal définie d'ailleurs? Fallait-il incriminer une intoxication par l'iodoforme, un drainage à la Mickulicz ayant été laissé dans le cul-de-sac de Douglas? Il est plus probable que la malade avait été infectée, bien que cette infection ait revêtu des allures tout à fait étranges.

L'autre malade a succombé *au 36[e] jour*, en 24 heures : c'était une femme de 38 ans, que j'avais opérée. à l'hôpital Necker, le 18 juillet 1893 [1]. Tout s'était passé à merveille, et, quand je quittai le service, à la fin du mois, le pédicule était presque entièrement tombé; il n'y avait aucun accident local, la température était constamment restée à 37°, l'état général était excellent. Le 2 septembre, un mois après, tout à coup, la température monte à 38°2, le pouls devient extrêmement fréquent, le facies se grippe, et dès le lendemain, la malade succombait. A l'autopsie, on trouva une péritonite ayant débuté autour du moignon pédiculaire.

Ce fait seul suffirait à montrer que l'hystérectomie à pédicule extra-abdominal n'est une opération bénigne que sous la réserve d'une surveillance prolongée et journalière. D'ailleurs, toutes les fois que le chirurgien laisse derrière lui un aussi gros pédicule que celui d'un utérus fibromateux, qu'il soit abandonné dans le ventre ou fixé à la paroi, n'y aura-t-il pas toujours un danger à craindre, danger immédiat ou lointain? *La suppression du pédicule est donc l'objectif à atteindre*, et les faits d'hystérectomie totale se multiplient tous les jours — les procédés aussi.

Laissez-moi vous rapporter les tentatives auxquelles je me suis

1. N° 4 du tableau.

livré, dans ce sens. J'ai fait, une première fois, le 20 septembre 1893, à l'hôpital Saint-Louis, l'*hystérectomie vagino-abdominale totale*, chez une femme de 42 ans, qui portait un volumineux fibrome, remontant presque jusqu'à l'ombilic et très évasé latéralement[1]. Je suivis la technique que voici : dans un premier temps, vaginal, je libérai le col le plus haut possible en ouvrant les culs-de-sac antérieur et postérieur, et, de chaque côté, j'engageai la partie inférieure, accessible, du ligament large entre les mors d'une longue pince courbe en la refoulant le plus haut possible, et sans la serrer. Ces deux pinces vaginales, recouvertes de compresses aseptiques, restèrent entre les mains d'un aide. J'ouvris alors le ventre, je tirai au dehors le fibrome, et, à droite et à gauche, j'aperçus les mors de mes deux pinces, qui embrassaient le ligament large ; la partie supérieure des deux ligaments fut liée et sectionnée, puis j'achevai de placer, en bon lieu, à une certaine distance de l'utérus, les deux pinces-clamps que je fermai. Il ne me restait plus qu'à couper le ligament large, près de son attache utérine, pour extraire en masse tout l'utérus fibromateux. Ceci fait, je refermai l'abdomen, et je tamponnai le vagin, comme à la suite d'une hystérectomie vaginale.

L'opération avait été faite rapidement ; les pinces furent enlevées au bout de 48 heures, et la situation resta très satisfaisante durant les trois premiers jours ; puis très rapidement se développèrent des accidents, d'allure mal définie, mais de gravité extrême : fréquence extrême du pouls, algidité, météorisme, etc. En quelques heures, notre malade succombait. L'autopsie nous révéla qu'il s'agissait d'une véritable occlusion intestinale par coudures multiples, qu'il n'y avait aucune trace de péritonite, et aussi, fait important, que nos pinces *avaient été placées à 2 centimètres en dedans des uretères*. Les exemples d'occlusion intestinale, à la suite des laparotomies, ne sont pas rares, et je suis persuadé, que, dans un certain nombre de ces cas, et en particulier ici, il s'agissait de brides anciennes, de coudures anciennes, qui n'entravaient pas, à l'état ordinaire, la perméabilité de l'intestin, mais qui, après l'opération, sous l'influence de la paralysie et de la distension intestinales qui lui succèdent, sont devenues des agents actifs d'étranglement interne.

1. N° 8 du tableau.

L'histoire de notre seconde malade est heureuse en tout point. C'était une femme de 45 ans, que j'opérai à l'Hôtel-Dieu le 21 septembre 1893[1] : le fibrome, très volumineux, remontait jusqu'à l'ombilic. Je suivis exactement la même technique, je laissai les deux pinces à demeure dans le vagin, et les retirai le matin du troisième jour. Les suites opératoires furent des plus bénignes ; au 20e jour l'opérée se levait ; au 30e jour, elle quittait l'hôpital. J'ai eu depuis de ses nouvelles, elle est restée parfaitement guérie.

J'ai appris depuis que le procédé des pinces avait été déjà utilisé par MM. Rouffart[2] et Jacobs[3] (de Bruxelles), qui en avaient publié, le premier 6, et le second 5 observations ; leur technique diffère par quelques détails, sur lesquels je ne veux pas insister. Avec de bons clamps, courbés sur leur bord et de courbure convenable, l'extirpation totale se fait vite, en somme, et sans grandes difficultés ; mais il est évident que le procédé a le défaut de tous ceux qui nécessitent des manœuvres combinées ou successives, par le vagin et par l'abdomen.

Tout enlever par le ventre constitue, sans aucun doute, la méthode de choix ; elle ne date pas d'hier, et l'histoire en est faite, tout au long, dans les thèses récentes de MM. Le Monniet[4], Gentilhomme[5] et Guinebertière[6]. Je ne vous exposerai pas, dans tous ses détails, la pratique successivement suivie par Chrobak[7], Edebohls[8], Polk[9], Martin[10] et d'autres encore ; aussi bien le manuel

1. N° 59 du tableau.
2. Rouffart. *Observations d'hystérectomie totale abdominale*, Bruxelles, 1891, et la *Clinique*, 10 août 1893.
3. Jacobs. *Soc. obst. et gyn.* de Bruxelles, 3 avril 1893, et *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gyn.*, 25 oct. 1893. — Au Congrès de Rome, 1894 (section de gynéc. et d'obst.). M. Jacobs est revenu sur ce procédé, qu'il exécute maintenant de la façon suivante : 1° libération du col par le vagin et pincement des artères utérines ; 2° laparotomie, extraction du fibrome, application sur chacun des ligaments larges d'une pince-clamp spéciale, construite de telle façon que le manche peut être réadapté par le vagin, sans changer les mors de place ; section des ligaments larges, ablation de la masse utérine, tamponnement vaginal.
4. Le Monniet. Hystérectomie abdominale totale, *Thèse doct.*, 1894.
5. Gentilhomme. Hystérectomie abdominale, technique, critique, résultats, *Thèse doct.*, 1894.
6. Guinebertière. Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus (hystérectomie abdominale totale). *Thèse doct.*, 1894.
7. Chrobak. *Centralblatt f. Gynæk.*, 29 août 1891.
8. Edebohls. The technique of total extirpation of the fibromatous uterus. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1893.
9. Polk. *American Journ. of Obstetrics*, nov. 1893.
10. A. Martin. Congrès de Rome, 1894. Voir la bibliographie complète dans les deux thèses citées.

opératoire n'est-il pas encore définitivement fixé, et, en pareille matière, tout en appliquant les mêmes principes généraux, chaque opérateur se fait le sien et le modifie par la pratique.

Laissez-moi donc vous dire le programme que nous nous étions tracé pour l'une de nos dernières malades, et que des circonstances imprévues nous ont empêché de remplir tout entier.

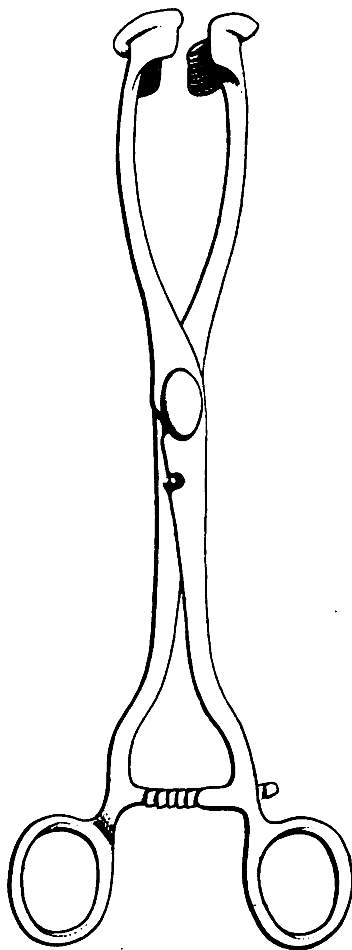
En pareil cas, ce n'est pas du volume de la tumeur, fût-elle énorme, que viennent les obstacles : le chirurgien est toujours libre de la réduire et d'en exciser un segment, aussi considérable qu'il le croit utile, au-dessus d'un lien élastique dûment serré : dès lors il n'a plus affaire qu'à un moignon utérin qu'il peut, à volonté, soulever, réduire, déplacer, suivant les nécessités opératoires. Ce qui est d'une difficulté réelle, c'est d'ouvrir les culs-de-sac, par le ventre, et de les ouvrir en bonne place ; c'est aussi de lier solidement la partie inférieure des ligaments larges, les vaisseaux utérins.

Si donc il était possible, tout en repérant les culs-de-sac vaginaux, de soulever le segment inférieur, de le mettre mieux à découvert, de rendre plus directement accessibles les artères utérines, le temps principal de l'opération, la ligature en chaîne du ligament large sur toute sa tranche, deviendrait d'exécution plus aisée.

J'ai fait construire par M. Aubry la pince hystérophore que voici, et que j'ai expérimentée, à plusieurs reprises, sur le cadavre et sur le vivant. Les deux mors s'articulent comme ceux du forceps, et peuvent être appliqués séparément l'un après l'autre ; chacun d'eux se termine par un demi-anneau, cannelé sur sa face interne, et destiné à saisir le col d'avant en arrière ; l'anneau se continue, en haut, par une sorte d'entablement horizontal de 5 millimètres de largeur, et creusé d'une rainure. La pince est appliquée, au début de l'opération, sur le col, et portée le plus haut possible : puis elle est confiée à un aide, et le chirurgien n'y touche plus.

Une fois le ventre ouvert et la tumeur extraite, on pince et l'on sectionne les deux tiers supérieurs du ligament large, de chaque côté ; s'il le faut, on enserre d'un lien élastique la partie moyenne de l'utérus, et l'on excise la masse principale du fibrome. Ceci fait, il s'agit d'ouvrir le vagin ; or les deux mors adossés de la pince, refoulée par la main de l'aide, soulèvent et tendent les culs-de-sac, et servent de points de repère pour le doigt et pour l'œil : il est

donc aisé de décoller la vessie et d'ouvrir le cul-de-sac antérieur, puis d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Le col ne tient donc plus que latéralement au segment inférieur des ligaments larges, qui, pincé et sectionné à son tour, permet au chirurgien d'enlever toute la masse par la plaie abdominale, pendant que l'aide ouvre et retire par le vagin la pince, devenue inutile. Les clamps sont alors remplacés par des ligatures enchaînées, le vagin tamponné à la gaze iodoformée, par le ventre, et le péritoine pelvien partiellement fermé.


Fig. 120. — Pince hystérophore destinée à soulever le segment inférieur de l'utérus, et à tendre les culs-de-sac vaginaux, dans l'hystérectomie abdominale totale.

J'ai répété plusieurs fois l'opération sur le cadavre, et très facilement. Chez notre malade, j'en avais exécuté les premiers temps, la pince était en place et le ventre ouvert; je sentais et je voyais son relief, très marqué, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, sur les côtés et en avant. Il m'eût été des plus aisés d'ouvrir régulièrement les culs-de-sac, mais l'existence de deux grandes poches tubo-ovariennes très adhérentes, et au fibrome lui-même et aux parois pelviennes, le temps que nécessita leur décortication, le suintement sanguin assez considérable qui s'ensuivit, me détournèrent de mon programme primitif. Étant donné l'état général de ma malade, je crus prudent de ne pas prolonger la durée des manœuvres intra-abdominales, et je terminai rapidement en fixant, une fois encore, le pédicule à la paroi. Je n'en reprendrai pas moins, à la première occasion, la technique que je viens de vous indiquer, et la demi-expérience que

nous avons faite nous permet de croire que l'expérience complète serait satisfaisante.

Je m'empresse d'ajouter que ce programme opératoire n'a aucune prétention à la nouveauté. M. Chrobak[1] s'est servi d'une sonde en T, pour tendre et repérer le cul-de-sac postérieur; je pense, quant à moi, que l'instrument représenté ci-dessus a l'avantage de soulever en masse le segment inférieur de l'utérus et de servir d'indicateur pour tous les culs-de-sac. Ce ne sont là que des essais et des ébauches, mais qui sont, me semble-t-il, bien justifiés par leur but, et c'est pour cela que je vous les ai rappelés.

C'est encore l'*extirpation totale de l'utérus fibromateux*, que nous pratiquons par l'*hystérectomie vaginale*. Vous savez si l'intervention, en pareil cas, est souvent longue et pénible; mais, en réalité, le mal est pour le chirurgien, non pour la malade. La durée est toujours un élément important de pronostic dans les opérations abdominales; il en est un peu autrement dans les opérations sur le vagin, et, à égalité de difficulté et de durée, le shock y est moins à craindre. Je sais bien qu'il y a souvent, au cours des hystérectomies vaginales difficiles, un moment d'anxiété où l'on doute de mener à terme l'extirpation: quelques prises nouvelles remettent l'opération en bonne voie, et l'on en vient à bout. Je sais aussi que les assistants, qui ne voient rien, doivent se dire souvent que le chirurgien n'y voit pas davantage, et qu'il sectionne, tire et morcelle à l'aveugle. Il n'en est pas ainsi lorsqu'on suit rigoureusement les règles si bien posées par les maîtres de l'hystérectomie vaginale, lorsqu'on a soin de pincer d'avance et successivement les ligaments larges, à mesure que le morcellement progresse et qu'il monte d'étage en étage, et de ne jamais exciser un segment de tumeur avant d'avoir saisi et fixé, avec des pinces à traction, la tranche supérieure, qu'il faudra tout à l'heure abaisser à son tour. Je ne puis m'empêcher de dire que c'est une bien belle opération, celle qui nous permet d'extirper une grosse tumeur abdominale sans laisser de trace apparente de notre intervention; cela vaut bien quelques efforts et un peu de patience.

Nos 6 cas d'hystérectomie vaginale se rapportent d'ailleurs à des

1. *Loc. cit.*

fibromes de volume moyen, mais dont plusieurs étaient adhérents et entourés d'annexes kystiques, adhérentes aussi, qui n'étaient pas sans compliquer un peu les difficultés opératoires. Tous les six se sont terminés par une guérison rapide, sans le moindre incident; la durée moyenne d'hospitalisation a été de 28 jours. Nous avons toujours enlevé les annexes; une fois seulement nous les avons laissées en place: notre malade, du reste bien guérie, est revenue nous voir il y a quelques mois, et nous avons trouvé, sur les côtés de la cicatrice vaginale, un bourgeon rougeâtre, un peu mamelonné, et qu'on eût facilement pris pour une récidive, s'il s'était agi d'un cancer utérin. Il s'agissait d'une hernie de la muqueuse de l'une des trompes conservées, et ce fait a été l'objet d'un intéressant mémoire de notre interne et ami, M. Pasteau[1]. Cette petite masse, excisée et curettée, a définitivement disparu.

Tels sont les faits, Messieurs, que je tenais à vous rappeler. Je me garderai bien de tirer, de cette courte série, la moindre conclusion générale, je voulais simplement vous exposer mes observations, mes doutes, mes efforts dans la recherche du mieux, et je crois qu'une analyse de ce genre, sincèrement faite, n'est pas sans porter avec elle quelque enseignement.

Pour moi, à l'heure actuelle, j'attaquerais résolument par le vagin tout fibrome qui n'atteindrait pas l'ombilic; j'attaquerais par le ventre les tumeurs plus volumineuses, et là, si quelque raison générale m'obligeait à faire vite et le plus simplement possible, je laisserais le pédicule à la paroi, en m'entourant de toutes les précautions que je vous ai énumérées et sous la réserve d'une surveillance minutieuse. Si j'avais le champ libre, je ferais l'hystérectomie abdominale totale. Je suis de ceux qui pensent que cette dernière opération sera celle de l'avenir, et que, une fois passée la période inévitable des tâtonnements, quand la technique sera fixée, quand nous saurons faire vite et bien l'ablation totale de l'utérus par le ventre, la formule opératoire des fibromes *qu'il faut opérer* — et leur nombre est grand — deviendra la suivante : *enlever tout entier l'utérus fibromateux, suivant son volume, par le vagin ou par l'abdomen.*

1. PASTEAU. Complication post-opératoire de l'hystérectomie vaginale totale. Polype muqueux de la trompe utérine. (*Annales de gyn. et d'obstétrique*, oct. 1894.)

Nos	AGE.	ACCIDENTS ANTÉRIEURS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	NATURE DE L'OPÉRATION.	ÉTAT DE LA TUMEUR.	ÉTAT DES ANNEXES.	RÉSULTATS.
1	39 ans.	Depuis deux ans, le ventre grossit progressivement. Pas de pertes. Pesanteur et gêne considérable de la marche.	Tumeur remontant *jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic*, régulièrement arrondie; paraît mobile.	15 mars 1895. Necker.	***Hystérectomie abdominale***, avec pédicule à la paroi.	Régulière. Pas d'adhérences.	Saines, quelques petits kystes dans les ovaires. Ablation.	Sort le 18 mai 1895, complètement ***guérie***. Souvent revue, santé flor. excell. cicatr.
2	50 ans.	Douleurs lombo-abdominales, surtout au moment des règles. Pertes abondantes. Anémie très prononcée.	Tumeur remontant presque jusqu'à l'ombilic. Bosselée. Par le vagin on sent le col entouré par la masse fibromateuse, qui paraît enclavée dans le petit bassin.	12 juin 1895. Necker.	***Hystérectomie vaginale***, qu'on est forcé d'abandonner devant l'impossibilité absolue de tout abaissement. Laparotomie : tumeur partout adhérente et enclavée dans le bassin. ***Opération de Battey.***	Tumeur à grand axe transversal, bicorne, remplissant l'excavation, adhérente par toute sa surface.	Trompes saines ovaires scléro-kystiques.	Sortie le 6 juillet 1895. Ne souffre plus. Rev. fin septembre : la tumeur a notablement diminué, les deux bosselures supérieures, sont plus petites, plus nettes et comme détachées. A eu ses règles, sans douleur, à latin d'août.
3	57 ans.	Douleurs lombo-abdominales, par crises. Quelques pertes. Amaigrissement, facies utérin.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. Très irrégulière. Par le vagin, on sent la masse dans le cul-de-sac postérieur.	Avril 1895. Necker.	***Laparotomie***. — Tumeur adhérente à toutes les parois pelviennes, à l'intestin, à la vessie, aux vaisseaux iliaques. Annexes englobées dans sa masse. On referme le ventre.	Probablement fibro-sarcome.	On ne les a pas vues.	***Guérison*** opératoire. Amélioration très marquée des accidents fonctionnels : plus de douleurs, l'appétit reparaît.

4	38 ans.	Douleurs très marquées. Pertes répétées depuis un an et demi. Anémie, amaigrissement.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, bosselée, à grand diamètre transversal. Par le vagin, on sent la masse dans le cul-de-sac postérieur.	18 juillet 1895. Necker.	***Hystérectomie abdominale***, avec pédicule à la paroi.	Fibromes multiples.	Saines. Enlevées avec l'utérus.	État d'abord très satisfaisant. ***Morte*** brusquement ***au 36e jour***.
5	38 ans.	Douleurs. Pertes abondantes. Un peu pâle, mais vigoureuse.	Tumeur remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.	6 sept. 1895. St-Louis (service de M. Marchand)	***Hystérectomie abdominale*** avec pédicule à la paroi.	Tumeur occupant tout le corps de l'utérus; fibromes multiples.	Trompes saines, ovaires scléro-kystiques. Ablation.	***Guérison*** rapide. Revue depuis, excellente santé. Bonne cicatrice.
6	45 ans.	Pertes assez abondantes depuis trois ans. Pas de douleurs.	Tumeur remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, bosselée, mobile.	25 sept. 1895. St-Louis (*id.*)	***Hystérectomie vaginale***. Section médiane et morcellement.	Deux masses fibromateuses dans la paroi utérine, près du fond; polype au même niveau.	Paraissent dans la plaie; saines. On ne les enlève pas.	Retourne chez elle, ***guérie***, dès le 30 septembre. Revue souvent: polype muqueux de la trompe au niveau de la cicatrice vaginale.
7	45 ans.	Depuis sept ans, fibrome constaté, grossesse il y a deux ans. Depuis lors, douleurs, pertes. État général médiocre.	Tumeur remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Irrégulière.	20 sept. 1895. St-Louis (*id.*)	***Hystérectomie vagino-abdominale totale*** (Pr. des pinces).	Tumeur bosselée, à noyaux multiples, occupant le corps utérin. Col intact.	Saines. Laissées en place.	***Mort*** le 24. Occlusion intestinale.
8	45 ans.	Douleurs persistantes. Pertes.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. Irrégulière.	31 sept. 1895. Hôtel-Dieu.	***Hystérectomie vagino-abdominale totale*** (Pr. des pinces).	Tumeur bosselée, occupant tout le corps et la partie supérieure du col.	Saines. Laissées en place.	***Guérison*** des plus simples. Sort fin octobre.

N°	AGE.	ACCIDENTS ANTÉRIEURS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION.	NATURE DE L'OPÉRATION.	ÉTAT DE LA TUMEUR.	ÉTAT DES ANNEXES.	RÉSULTATS.
9	58 ans.	Pas de douleurs. Pertes. Anémie.	Tumeur arrondie, entièrement mobile, et qu'on dirait pédiculée.	15 oct. 1893. St-Louis (service de M. Marchand)	***Hystérectomie abdominale*** avec pédicule à la paroi.	Tumeur régulière, occupant le fond de l'utérus.	Annexes saines. Enlevées.	*Guérison* rapide.
10	42 ans.	Crises douloureuses au moment des règles depuis dix-huit mois. Hémorrhagies abondantes.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. Bosselée, développée surtout à gauche. Par le vagin, masse dure bosselée, mobile, dans le cul-de-sac de Douglas.	15 janv. 1894. Pitié.	***Hystérectomie abdominale.*** — Avec pédicule à la paroi.	Tumeur très irrégulière, à bosselures multiples.	Fibrome de l'ovaire gauche, du volume d'un gros œuf (Voy. fig. 119.) Ablation bilatérale.	*Guérison.* Sort le 20 décembre. Revue; ne souffre plus. Petite hernie de la cicatrice.
11	35 ans.	Pertes, depuis cinq ans. Douleurs depuis un an. Depuis trois ans, a remarqué elle-même une tumeur dans le ventre.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic. Irrégulière.	25 janv. 1894. Pitié.	***Hystérectomie abdominale.*** — Avec pédicule à la paroi.	Tumeur bosselée, occupant tout le corps utérin.	Annexes kystiques des deux côtés; à droite, grosse poche tubo-ovarienne, à contenu séreux. Ablation.	*Guérison.* Sort le 15 mars. Bonne cicatrice.
12	34 ans.	Première perte, en septembre 1892, à la suite d'une chute, survenue à bord d'un paquebot. Un médecin constate alors une tumeur abdominale,	Tumeur des plus irrégulières, formée de plusieurs masses, nettement distinctes; on en reconnaît au moins quatre principales.	20 mars 1894. Pitié.	***Hystérectomie abdominale.*** — Avec pédicule à la paroi. L'utérus ne se laisse désencla-	Tumeur formée d'une grosse masse intra-pelvienne, et de quatre grosses bosselures.	Ovaires à petits kystes. Ablation bilatérale.	*Guérison.* Sort le 21 mai. Bonne cicatrice.

		à gauche, qui depuis n'a fait que grossir. Pas de douleurs vives. **Ménorrhagies**, et à plusieurs reprises, métrorrhagies. Amaigrie, teint jaunâtre (vient de passer deux ans à la Guadeloupe).	**Mobile.** Par le vagin : grosse tumeur, qui remplit le cul-de-sac antérieur.		ver et extraire qu'après pincement et section des deux ligaments larges, successivement sur toute leur hauteur.			
13	44 ans.	Première ménorrhagie, il y a six ans. Depuis, règles très abondantes (caillots). Peu de douleurs.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, régulière. Extrêmement mobile. Par le vagin, on ne sent rien dans les culs-de-sac.	7 avril 1894. Pitié.	*Hystérectomie abdominale.* — Avec pédicule à la paroi. Pédic. petit, saillant, entouré d'une collerette péritonéale très régulière.	Fibromes multiples, occupant, en masse le fond de l'utérus.	Annexes saines. Ablation bilatérale.	*Guérison.* Sort le 21 mai. Revient en septembre. Bonne cicatrice.
14	42 ans.	Douleurs depuis quatre ans. **Ménorrhagies.** La tumeur ***grossit très vite***, depuis quelques mois.	Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, bosselée.	5 mai 1894. Pitié.	*Hystérectomie abdominale.* — Avec pédicule à la paroi.	Adhérences, très saignantes, sur toute sa face postérieure.	Annexes kystiques des deux côtés Ablation de 2 grosses poches tubo-ovariennes.	***Mort*** presque subite au 5ᵉ jour. Occlusion intestinale?
15	51 ans.	Pas de pertes; ménopause il y a huit mois. Douleurs dans le bassin, croissantes. Rétention d'urine, à plusieurs reprises.	Tumeur remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, bosselée à gauche. Par le vagin : grosse tumeur arrondie qui remplit le cul-de-sac postérieur : longueur utérine, 12 centim. 1/2.	17 avril 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** — Section médiane antérieure, progressive, et morcellement.	Fibromes multiples, occupant surtout la partie postérieure et droite de l'utérus.	Saines. Laissées en place.	***Guérison.*** Sort le 21 mai. Revue souvent : excellent état.

N°	AGE.	ACCIDENTS ANTÉRIEURS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	NATURE DE L'OPÉRATION.	ÉTAT DE LA TUMEUR.	ÉTAT DES ANNEXES.	RÉSULTATS.
16	44 ans.	Douleurs lombo-abdominales, qui s'irradient dans les cuisses. Dysurie, au moment des règles.	Tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Par le vagin : grosse masse remplissant le cul-de-sac postérieur, qui se prolonge, à droite, par une série de petites bosselures.	12 juin 1894. Pitié.	*Hystérectomie vaginale.* Morcellement.	Fibromes multiples.	Annexes kystiques. Ablation.	*Guérison.* Sort le 30 juin.
17	40 ans.	Pertes très abondantes depuis un an. Amaigrissement, anémie.	Tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus du pubis, bosselée. Par le vagin. — masse bosselée, dans le cul-de-sac antérieur.	17 juin 1894. Pitié.	*Hystérectomie vaginale.* Morcellement.	Fibromes multiples.	Annexes kystiques. Ablation.	*Guérison.* Sort en juillet
18	48 ans.	Douleurs abdominales, depuis dix ans (à cette date, le professeur Trélat aurait fait le diagnostic de tumeur fibreuse). En janvier 1894, ménopause en avril retou des règles, et métrorrhagies rè abondantes Ar [illegible]	Tumeur remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Col énorme et bosselé, largement entr'ouvert.	25 juillet 1894. Pitié.	*Hystérectomie vaginale.* Morcellement.	Utérus fibromateux : grosse masse dans la paroi gauche.	Ovaires scléreux. Ablation.	*Guérison.* Sort le 26 août.

19	45 ans.	Il y a dix ans, soignée pendant six mois, à Lariboisière, pour une péritonite (?), consécutive à une fausse couche. Pertes blanches abondantes. Douleurs abdominales. Rétention d'urine, depuis quatre jours, à son entrée.	Tumeur irrégulière, bosselée, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Col gros : masse volumineuse, dans le cul-de-sac antérieur, et en arrière.	30 déc. 1894. Pitié.	*Hystérectomie vaginale.* — Morcellement.	Gros utérus fibromateux ; le fond est occupé par un volumineux fibrome.	Annexes droites kystiques. Ablation.	*Guérison.* Sort fin janvier.

V

LA MALADIE ANNEXIELLE. REMARQUES SUR UNE SÉRIE DE 30 LAPAROTOMIES POUR SALPINGO-OVARITES

Les formes anatomo-pathologiques de la *maladie annexielle :* 1° Ovaire scléro-kystique; 2° Salpingo-ovarite commune; 3° Poches purulentes : *a.* salpingiennes; *b.* ovariennes; *c.* pyo-salpingiennes. Exemples. — Réactions fonctionnelles et indications opératoires : douleurs, métrorrhagies. — Poussées aiguës. — L'intervention précoce n'est que prudente dans certaines variétés. — Remarques sur nos 30 laparotomies : adhérences, drainage. — Résultats immédiats. — Résultats lointains : l'infection annexielle successive.

MESSIEURS,

Une femme de 33 ans, très nerveuse, mais de santé générale relativement bonne, nous est entrée, salle Lisfranc, pour une affection douloureuse du bassin. Elle n'a jamais eu ni accouchement ni fausse couche. Il y a dix ou douze ans, elle aurait été soignée pour une métrite et, depuis lors, elle souffrait un peu du ventre, et ses règles étaient souvent prolongées. Il y a quatre mois, les douleurs ont revêtu une acuité extrême : elles siégeaient surtout à droite, s'irradiaient dans tout l'abdomen et dans les membres inférieurs, et revenaient plusieurs fois par jour, sous la forme de véritables crises. J'ajoute, et le fait est de grande importance, que ce début ou cette poussée brusque a suivi de près une période menstruelle.

Au palper abdominal, on sent, à droite, dans la fosse iliaque, une masse arrondie, mobile, qu'on retrouve par le toucher vaginal, et dont on peut apprécier le volume : elle paraît grosse comme une orange, elle est un peu irrégulière, au niveau de son pôle vaginal, où l'on distingue comme une bosselure détachée, plus dure; le reste de la masse présente une fluctuation très nette. Très douloureuse, surtout en dedans, elle ne paraît nullement adhérente et glisse sous les doigts, au fond du cul-de-sac vaginal, et, sans peine, se laisse refouler vers le bassin. — L'utérus est de volume moyen,

le col gros, l'orifice arrondi, assez largement ouvert. — A gauche, on sent une masse beaucoup moindre qui se présente plutôt avec les caractères d'une sorte d'empâtement, un peu douloureux à la pression.

Vous le voyez, Messieurs, les éléments du problème sont ici nettement posés : nous sommes en présence : 1° d'une *salpingo-ovarite droite, kystique*, probablement d'un hémato-salpinx suppuré; 2° d'une *salpingo-ovarite gauche*, de gravité beaucoup moindre, à en juger par l'exploration ; 3° enfin la maladie annexielle, double quoique inégale, se complique d'une métrite chronique de gravité moyenne. – Que devons-nous faire ? Quelle voie devons-nous choisir ? *Faut-il faire la laparotomie, ou, de parti pris, pratiquer l'exérèse totale par le vagin ?*

Cette question, nous avons eu maintes fois à nous la poser, et maintes fois nous avons discuté devant vous la réponse. Je la pose encore, je veux reprendre l'histoire de nos 30 opérées, résumer les enseignements qu'elle nous a fournis, et tirer les quelques conclusions pratiques qui nous paraissent en ressortir. — Je ne suis guidé par aucune idée systématique; j'ai simplement cherché à bien faire et à m'instruire ; aujourd'hui j'apporte simplement des documents, et je demande à les étudier avec vous.

Nous avons observé la *maladie annexielle*, à peu près sous toutes ses formes, et vous savez si les types en sont nombreux. Les pièces que voici nous permettront d'étudier les principaux.

I. — Je mettrai en première ligne, dans l'échelle de gravité, cette affection étrange, qui paraît si bénigne anatomiquement, et qui crée souvent, en clinique, des situations si pénibles : je veux parler de l'*ovaire scléro-kystique*, *de la maladie kystique de l'ovaire* pourrait-on dire encore, *de la salpingo-ovarite à petits kystes*. On la connaît bien aujourd'hui, et les nombreux faits publiés depuis la thèse de Conzette[1] l'ont mise parfaitement en lumière : la pathogénie seule en est obscure, mais le type clinique est désormais bien établi.

Je me souviens de la surprise que j'éprouvai, il y a un certain

1. Conzette. Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. *Thèse doct.*, 1890.

nombre d'années, en voyant extirper, par un maître éminent, ces ovaires et ces trompes, d'apparence presque normale : je me demandais, non sans inquiétude, si vraiment pareilles interventions étaient légitimes. J'ai appris depuis quelles sont, très souvent, les réactions douloureuses et fonctionnelles de ces salpingo-ovarites en miniature, dans quel état de déchéance elles jettent les malades, et quel service on leur rend par ce traitement radical, qu'on croirait, tout d'abord, excessif et presque coupable.

Vous en avez vu, au commencement de l'année, un exemple frappant[1]. Une jeune femme de 30 ans, veuve, et dont le passé conjugal avait été des plus sombres, entre salle Lisfranc, en novembre dernier, pour des douleurs pelviennes, lombaires, etc., qui lui rendent, par leur acuité et leur persistance, la marche et le travail impossibles. Maigre, frêle, un peu pâle, très nerveuse, les phénomènes douloureux ont toujours été, chez elle, prédominants. Réglée à 11 ans, dès l'âge de 15 ou 16 ans, ses règles, quoique régulières, étaient toujours douloureuses et nécessitaient souvent le séjour au lit. A 26 ans, elle se marie : un vaginisme intense entrave les rapports sexuels, elle n'a pas d'enfant, et, à la suite d'un léger traumatisme sur la région hypogastrique, elle souffre davantage encore. A 29 ans, elle devient veuve, et, depuis, son état local et général s'aggrave toujours.

Il fallut d'abord renoncer à l'exploration directe : le palper hypogastrique réveillait une sensibilité très vive, surtout à droite, mais le toucher vaginal provoquait de telles crises de souffrances, qu'il nous parut nécessaire, avant toute autre chose, de traiter le vaginisme. — La dilatation fut pratiquée le 21 novembre, et, au bout d'une huitaine de jours, nous pouvions compléter notre examen.

L'utérus était petit, légèrement antéversé; dans le cul-de-sac gauche, le doigt provoquait de la douleur, mais ne sentait rien; dans le cul-de-sac droit et en arrière, on parvenait à délimiter, avec la plus grande netteté, *un gros ovaire prolabé, dont la consistance paraissait irrégulière et la surface comme grenue*, à travers une paroi vaginale très mince, et qui permettait de l'explorer presque à découvert. Il était, du reste, extrêmement douloureux, et ce ne fut pas sans peine qu'il nous devint possible, par un toucher très lent et très prudent, d'en apprécier les contours.

1. N° 10 du tableau.

L'intervention s'imposait : le 2 décembre, la laparotomie fut faite, et j'enlevai, sans la moindre difficulté, ce gros ovaire kystique que je vous présente (Fig. 121).

Vous voyez que sa surface grisâtre est sillonnée de quelques stries irrégulières, et semée tout entière de bosselures arrondies, de grosseur inégale, de contenu transparent, séreux ou séro-sanguin. Sur la coupe, on retrouve ces vacuoles, presque confluentes par place, infiltrant un stroma blanchâtre, induré, compact. —



Fig. 121. — Ovaire polykystique. — O, ovaire. — RR, kystes multiples, de volume et de relief variables. — SS, sillons de la surface de l'ovaire. — T, trompe. — P, pavillon.

Quant à la trompe, elle était à peine épaissie, un peu rouge, mais perméable, et, en somme, fort peu altérée. Quelques adhérences, molles et filamenteuses, recouvraient les deux organes.

Notre opérée guérit sans incident et n'attendit pas longtemps les bénéfices de l'intervention. Le 3 janvier, elle quittait l'hôpital ; les douleurs avaient disparu, toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement, la marche était redevenue facile, l'état général s'était transformé ; très nerveuse, très excitable, la malade était devenue, à la surprise de tous, calme, tranquille et gaie. Cet excellent résultat s'est maintenu, comme vous avez pu le constater depuis, à plusieurs reprises, avec moi.

J'ai tenu à vous rappeler cet exemple, parce qu'il est, sous tout rapport, très caractéristique. Nous avons retrouvé, chez trois autres de nos opérées, le même tableau clinique, les mêmes lésions anatomiques ; ovaire scléro-kystique, trompe peu altérée, annexes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas et souvent enveloppées d'adhérences minces et friables, *phénomènes douloureux, intenses*

et tenaces, qui résistent à toute la thérapeutique hygiénique et médicale, et qui créent, à la longue, une situation intolérable.

II. — Souvent aussi, l'ovaire est kystique, dans les *salpingo-ovarites anciennes*, qui représentent la forme commune. J'entends parler de ces faits, où la trompe, d'ordinaire sinueuse et contournée, oblitérée par places, dilatée ailleurs, de paroi épaissie, friable, fongueuse, de contenu purulent, forme avec l'ovaire, semé de kystes ou de petits abcès, une masse commune, encapuchonnée d'adhérences ; — mais où l'on ne trouve pas encore de *poche purulente*. C'est la salpingite parenchymateuse des auteurs.

Nous la relevons 14 fois dans nos observations ; 2 fois seulement il n'y avait pas de pus, au moins appréciable à l'œil nu ; dans tous les autres cas, le contenu de la trompe était nettement purulent, l'ovaire renfermait souvent un ou plusieurs kystes de même nature ; à plusieurs reprises, sur la coupe de la paroi tubaire, on remarquait l'existence de petites vacuoles jaunâtres, quelquefois très abondantes, remplies de pus ou encore d'une matière caséiforme, qui pouvait faire croire à du tubercule ramolli. L'examen de ces trompes sera fait plus complètement.

J'ajoute encore que l'étendue et la résistance des adhérences ne semblaient pas en rapport avec le degré des lésions et le volume de la tumeur annexielle ; de petits ovaires kystiques, des trompes peu dilatées ont été souvent d'une décortication très pénible, alors que les grosses poches, une fois ponctionnées et vidées, se laissaient extraire sans trop de peine.

III. — J'en viens à la troisième forme, *aux poches purulentes*. Vous reconnaîtrez aisément, sur ces pièces, que leur siège varie : elles peuvent être : 1° *salpingiennes* ; 2° *ovariennes* ; 3° *tubo-ovariennes*. Je m'explique.

Voyez cette trompe énorme, bosselée, renflée en ampoule, au niveau de son pavillon. Elle était tout entière remplie de pus, et notez que son séjour dans l'alcool l'a réduite de plus de la moitié. Elle figurait, au toucher vaginal, une masse grosse comme une orange et nettement fluctuante. Des adhérences assez serrées la fixaient au fond du cul-de-sac de Douglas, et, pendant les manœuvres d'isolement, une petite lamelle se détacha, comme une sorte de couvercle, de la grosse bosselure fermée qui représentait le

pavillon (Fig. 122). Quant à l'ovaire, il était absolument indépendant de la collection tubaire, sa surface, sa consistance, sa coupe étaient à peu près normales, à peine quelques kystes s'y montraient-ils çà et là. C'était donc là un pyo-salpinx typique, occupant



Fig. 122. — Poche purulente salpingienne. — Grosse trompe distendue et sinueuse. — A gauche, lamelle détachée de la paroi du pavillon dilaté et figurant une sorte d'opercule, auquel un petit kyste est appendu.

la cavité de la trompe, et la trompe seule. La dilatation avait porté sur toute la longueur du conduit tubaire, aussi avait-elle respecté, jusqu'à un certain point, la forme générale de l'organe[1].

Plus souvent, la trompe, oblitérée en certains points, se dilate, dans les intervalles, et revêt l'aspect d'un énorme kyste, dont l'origine ne se reconnaît qu'à son siège et à ses connexions internes. Quatre fois, nous avons rencontré ces gros pyo-salpinx : trois fois[2], le pyo-salpinx était bilatéral, et, le ventre ouvert, nous sommes tombés sur deux masses arrondies, qui émergeaient du bassin, remontaient dans les fosses iliaques et dans les flancs, et entre lesquelles l'utérus semblait comme perdu, quelques-unes de ces poches pyo-salpingiennes contenaient un demi-litre, trois quarts de litre de pus. Elles constituent, avec l'utérus, une tumeur commune, irrégulière et bosselée, et leur tension est parfois telle, qu'on pourrait penser au fibrome utérin, ou à la tumeur fibrokystique.

Ailleurs, mais l'observation est beaucoup plus rare, les lésions de la trompe sont au second plan, et *l'ovaire seul* est transformé

1. N° 7 du tableau.
2. N°s 16, 27 et 28 du tableau.

en un volumineux kyste purulent (Fig. 123). Il arrive même que l'on puisse énucléer la poche ovarienne de l'épaisseur du ligament large, et l'extraire en masse, comme un néoplasme.

Tout récemment, nous avons extirpé, par l'incision vaginale,

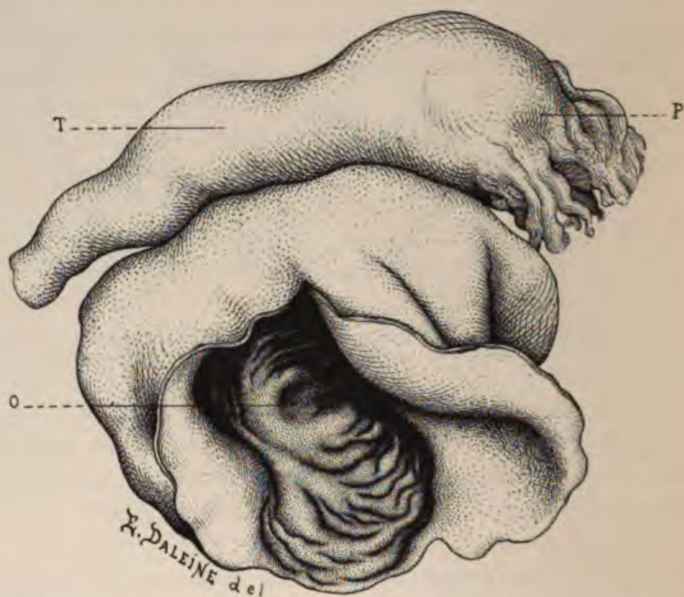


Fig. 123. — Poche purulente ovarienne. — P, trompe épaisse et dilatée, mais relativement peu altérée. — O, ovaire transformé en un volumineux kyste purulent.

une très grosse tumeur de ce genre, et les détails de l'observation méritent peut-être d'être résumés.

Je veux parler de cette malade, chez laquelle, avec l'ensemble des incidents fonctionnels ordinaires, nous constations une grosse masse fluctuante, qui remplissait le cul-de-sac gauche et se prolongeait en arrière, encadrant, comme d'un volumineux bourrelet, le col utérin ; elle était très tendue, et faisait, dans le vagin, une saillie si nette et si proéminente, qu'il nous parut tout indiqué d'intervenir de ce côté. Ajoutons que les annexes droites paraissaient absolument saines. Je fis donc une incision arquée, au fond du cul-de-sac latéral gauche, et, presque aussitôt, je tombai sur la poche, convexe et blanchâtre ; je l'ouvris, il s'écoula une abondante quantité de pus ; les lèvres de l'ouverture furent alors saisies avec des pinces, et, sans peine, j'arrivai à décortiquer, au doigt, toute

la tumeur incluse dans l'épaisseur du ligament large, et à l'extraire tout entière. — Il restait une large cavité, un peu saignante, qui fut tamponnée à la gaze iodoformée. — La guérison a eu lieu, sans le moindre incident

Enfin il n'est pas rare qu'on ait affaire à un kyste purulent tubo-ovarien. La figure 124 en représente le type : la trompe rampe en



Fig. 124. — Poche purulente tubo-ovarienne.

arcade sur le bord supérieur de la tumeur, puis se confond avec elle par son pavillon ; l'ovaire n'est plus indiqué que par une petite masse proéminente, à demi kystique ; fermée de toutes parts, la cavité communique pourtant avec le conduit tubaire, dont on retrouve, sur la paroi antéro-supérieure, l'orifice dilaté. Six de nos pièces répondent à cette description ; une fois nous avons rencontré un kyste séreux, tubo-ovarien, à droite ; deux fois, la poche tubo-ovarienne était bilatérale : à droite, elle était remplie d'un liquide séreux ; à gauche, le contenu en était louche et semi-purulent.

Je veux citer encore, Messieurs, une observation d'hydro-salpinx volumineux, sur lequel j'aurai, plus tard, à revenir, et deux faits d'hémato-salpinx : l'un fermé et dessinant une volumineuse tumeur bosselée, l'autre ouvert, ou plutôt rompu, à la hauteur du pavillon tubaire, et suppuré.

Nous pouvons donc ramener à *un certain nombre de types anatomiques principaux*, un peu grossiers, je le veux bien, mais qui ne

sont pas sans intérêt, au point de vue opératoire, les nombreuses variétés de salpingo-ovarites que nous avons journellement sous les yeux. Les constatations opératoires et l'examen des pièces en témoignent suffisamment.

Faut-il réserver une place, dans cette classification, à une forme dernière, plus complexe, plus invétérée, et qu'on a désignée sous la dénomination imagée d'éponge purulente, de magma purulent, de kystes purulents multiples; je veux parler de ces suppurations pelviennes bilatérales, qui enclavent l'utérus dans une sorte de gangue ramollie et suppurée, et dont les poches aréolaires ne présenteraient plus aucune trace d'ordonnance ni de localisation précise. Anatomiquement, on ne retrouve pas cette variété, diffuse ou confuse: nous avons eu l'occasion, il y a quelques mois, de faire l'autopsie d'une pauvre femme atteinte d'une suppuration pelvienne double très ancienne, et dont l'état général était si précaire qu'il nous interdisait toute tentative opératoire : l'abdomen était à demi rempli par deux poches pyo-salpingiennes, de dimensions colossales, adhérentes, sur toute leur périphérie, à l'intestin, à l'épiploon, à la vessie, aux parois du bassin : ces adhérences furent très difficiles à détruire, et, en de nombreux points, la poche se déchira; mais on put se rendre parfaitement compte de son origine tubaire. On retrouva les restes de l'ovaire, kystique et abcédé, et, nulle part, les lésions ne donnaient l'apparence de ce gâteau aréolaire, de cette éponge purulente, qui n'est peut-être qu'un mot ou une apparence : celle que donnent ces grandes poches suppurées et adhérentes, quand on cherche à les extirper par le vagin.

Trois fois, nous nous sommes trouvés aux prises, par le ventre, avec de pareilles suppurations pelviennes bilatérales; chez l'une de nos malades, nous sommes parvenus, une fois les poches vidées, à les libérer peu à peu de leurs adhérences, et à les extirper tout entières; chez les deux autres, le pyo-salpinx droit fut décortiqué et enlevé; le pyo-salpinx gauche, trop adhérent, fut ouvert largement, vidé, lavé et tamponné à la gaze iodoformée. Dans aucun de ces cas nous n'avons constaté la disposition aréolaire ni « l'éponge »: quelques-unes de ces énormes poches étaient bien segmentées ou traversées de brides à leur intérieur, mais la paroi n'en était pas moins continue, et, dans les points où elle cessait d'être décorticable, il était aisé de reconnaître que cela tenait uniquement à la confluence et à la solidité des adhérences.

Nous reprendrons cette discussion, à propos de l'hystérectomie vaginale. J'ai hâte d'en finir avec ces données anatomo-pathologiques, et je passe à la seconde partie du problème. Pourquoi avons-nous opéré nos malades? Autrement dit : *Quelles ont été les indications de l'intervention, et de l'intervention par la voie abdominale?* Quels ont été nos *résultats*, et *quelles remarques avons-nous faites au cours de nos laparotomies?*

Nous avons eu affaire, presque toujours, à des salpingo-ovarites déjà anciennes, et plusieurs de nos opérées souffraient du ventre depuis des années ; elles avaient parcouru toutes les phases d'aggravation progressive de la maladie annexielle : périodes d'accalmie, crises douloureuses et fébriles, pelvi-péritonite aiguë bien caractérisée ; elles avaient suivi ou subi d'assez nombreux traitements. Les douleurs et les entraves fonctionnelles qui en résultaient, les pertes, les désordres généraux, et surtout la constatation directe de lésions déjà avancées et qui, suivant toute vraisemblance, avaient dépassé le terme de la curabilité spontanée : telles ont été les raisons principales qui nous ont paru commander l'intervention. Mais ces formules vieillies ne représentent que très imparfaitement les termes du problème clinique, qui n'est jamais semblable.

Il est évident qu'en certaines conditions, aucune hésitation n'est permise : vous avez trouvé une grosse poche salpingienne prolabée, adhérente ; alors même que les phénomènes douloureux sont peu intenses, que la santé se maintient, la présence seule de cette collection annexielle est un danger permanent, et, la période de tolérance fût-elle prolongée, comme vous en verrez des exemples, l'heure viendra où, sous une influence fortuite, à la suite d'une fatigue, d'une infection génitale nouvelle, d'une fausse couche, d'une maladie aiguë, le processus se réveillera, et, d'emblée, prendra des allures graves. Cette fois, il faudra bien en venir à l'opération rationnelle, et les conditions seront bien autrement défavorables. C'est là une histoire qui se répète tous les jours, et que, maintes fois, nous avons pu vérifier ensemble.

Une de nos malades[1] était entrée, il y a deux ans, dans le service de M. Polaillon, qui avait porté le diagnostic de salpingo-ovarite droite, et proposé l'opération. Elle refuse ; ses douleurs s'atténuent,

1. N° 17 du tableau.

elle quitte l'hôpital et reprend sa vie ordinaire. Quelque temps après, elle fait une fausse couche; l'année suivante, elle en fait une seconde; il y a trois mois, elle accouche à terme. Depuis lors, les accidents pelviens et ovariens deviennent si pressants qu'elle vient elle-même réclamer l'intervention, et nous trouvons, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur annexielle prolabée, adhérente, douloureuse. La laparotomie était pratiquée le 18 janvier, et, le 14 février, notre malade sortait, bien guérie, ne souffrant plus, et, depuis, cet état s'est maintenu.

Une autre jeune femme souffre depuis deux ans, surtout à gauche; il y a quatre mois, elle fait une fausse couche; depuis lors, les pertes ne cessent pas, pertes de sang, pertes blanches, et l'affaiblissement devient tel qu'elle ne quitte plus le lit. Une grosse poche fluctuante remplit tout le côté gauche du petit bassin, et empiète sur la fosse iliaque; c'est un volumineux pyo-salpinx, qui est extirpé le 15 septembre 1893[1]. A plusieurs reprises, des accidents fébriles graves ont amené les malades à l'hôpital : accidents rapides, inattendus, sans cause définie quelquefois, mais, très souvent, succédant à une fausse couche, et se greffant sur un état morbide ancien, tolérable, négligé.

Devant ces exemples, la nécessité d'une intervention précoce apparaît bien nettement; *c'est être prudent que d'opérer tôt*, et l'on comprend tout ce que l'on risque en se fiant à une rémission passagère, à une amélioration trompeuse.

Il est bon de dire cela, et de le répéter; à en juger par certains faits, dont nous avons été témoins ici même, il ne semble pas que cette façon saine et logique de concevoir le traitement de la salpingo-ovarite, soit encore celui de praticiens, même fort éclairés. La crise aiguë est passée, la fièvre est tombée, les douleurs ont, en grande partie, disparu; mais il reste, dans l'un des culs-de-sac, une masse volumineuse, immobile, mollasse ou fluctuante. Qu'importe! dit-on, la malade ne souffre plus, il ne faut pas opérer. A mon avis, il serait plus rationnel de dire : la malade ne souffre plus, donc c'est le moment d'opérer, et les conditions sont excellentes pour que tout se passe à souhait. Qu'arrive-t-il, en effet? Les douleurs sont atténuées, c'est vrai, mais la malade est encore

1. N° 3 du tableau.

à l'hôpital ou à la chambre; attendez qu'elle sorte, qu'elle reprenne sa vie physiologique, et vous verrez si la fameuse résorption de la tumeur annexielle se poursuit et s'achève.

Cela est plus vrai encore dans certains milieux, et, en particulier, dans la clientèle hospitalière. Combien de fois n'avons-nous pas rencontré, au jour des consultations gynécologiques, de ces annexites légères, larvées, curables, bien certainement; col utérin, gros et ulcéré, signes de métrite du corps; dans le cul-de-sac postérieur, petite masse annexielle douloureuse et empâtée. Soignez la métrite, soumettez la malade au repos absolu et prolongé, et, avec le temps, avec beaucoup de temps, vous obtiendrez une guérison durable. Dans la pratique dont je parle, le long repos est souvent une thérapeutique trop coûteuse. D'ailleurs, il semble bien qu'au delà d'un certain degré de lésions, difficile à déterminer, mais qui n'en existe pas moins, si l'on atténue les symptômes, on n'agit pas ou l'on n'agit guère sur le mal lui-même : on recule donc simplement l'échéance des accidents graves.

J'ajoute, Messieurs, que, chez nos opérées, nous avons eu rarement à discuter cette question de l'intervention précoce : d'ordinaire, les accidents dataient de loin et ne laissaient aucune illusion sur l'avenir réservé à la thérapeutique dite conservatrice.

Les *douleurs* ont été, de tous les signes fonctionnels, le plus constant, et, d'ordinaire, le plus pénible : douleurs pelviennes, toujours plus tenaces et plus aiguës d'un côté, irradiées dans les membres inférieurs, la région sacrée, les reins. Notre externe dévoué, M. Bohn, s'est attaché à la recherche des zones et des points douloureux, chez un certain nombre de nos malades, et il a établi de la sorte une série de diagrammes intéressants. A égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'ombilic siège le point le plus constant; souvent même on note une zone sous-ombilicale, une bande parallèle à l'arcade crurale, une autre qui descend obliquement sur le devant de la cuisse, une zone sacrée, des points sous-mammaires, d'autres plus éloignés encore. Vous remarquerez la concordance de plusieurs de ces territoires douloureux avec les zones hystérogènes.

Je n'insiste pas sur les phénomènes utérins; je veux signaler seulement *les métrorrhagies*, que nous avons relevées dans quatorze de nos observations, alors que l'état de l'utérus ne suffisait

pas, par lui-même, à en fournir l'explication. Plusieurs fois, les pertes de sang avaient été si abondantes et si répétées, qu'il en était résulté un véritable état d'anémie[1]. Ces hémorrhagies utérines, au cours et sous l'influence de la salpingo-ovarite, sont, d'ailleurs, bien connues.

Je vous parlais tout à l'heure du rôle des fausses couches comme élément d'aggravation : nous les trouvons signalées 10 fois, dans l'histoire de nos malades; elles marquent le début de l'affection ou l'apparition d'une poussée aiguë, et, certainement, la maladie annexielle entre souvent pour une part dans leur pathogénie.

Pourquoi avons-nous choisi la voie abdominale?

Sans entrer dans la discussion que nous aborderons plus tard, nous avons été guidés, dans la plupart des cas, par une raison simple et suffisante, à elle seule : *l'unilatéralité des lésions*. 26 fois sur 30, l'exploration ne nous avait révélé que d'un côté les signes de la salpingo-ovarite, et, de fait, l'examen direct, au cours de la laparotomie, nous montra que les annexes étaient restées saines, d'un côté : 14 fois les régions siégeaient à droite, 12 fois à gauche. — Chez cinq de nos opérées, l'affection annexielle était double, mais les deux tumeurs étaient volumineuses, élevées, bien accessibles à la région hypogastrique et leurs caractères mêmes indiquaient la voie à suivre. — J'ajoute qu'en pareil cas, *le moindre doute doit profiter à l'intervention abdominale, qui, seule, permet de ne sacrifier les organes que dans le cas de lésions irrémédiables*[2].

C'est d'après ces dernières réflexions que nous prendrons une

1. N° 16 du tableau.

2. On est parfois étonné de la transformation que subissent, sous l'influence du repos au lit, des injections chaudes répétées, certaines « tumeurs annexielles »; à la suite de ce traitement préliminaire, les lésions se révèlent sous leur teneur précise et avec leurs caractères véritables. Quand nous voyons les malades pour la première fois (et cela est surtout vrai à l'hôpital), elles sont d'ordinaire surmenées de toute façon : hormis les cas où l'on trouve d'emblée une poche purulente bien nette, il est donc sage de les soumettre à ce stage de repos.

La congestion vasculaire péri-annexielle est susceptible aussi de masquer et de grossir les lésions proprement dites. — Dans une de nos dernières laparotomies, trop récente pour figurer dans notre tableau, nous avons trouvé, à gauche, un ovaire polykystique et une trompe épaissie et dilatée, le tout prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et adhérent, mais formant, en somme, une masse de moitié moins volumineuse que le toucher, même sous le chloroforme, ne l'avait fait supposer; or, il existait, dans l'épaisseur du ligament large, une véritable tumeur veineuse, un varicocèle ovarien, d'un développement tout à fait exceptionnel, qui rappelait ces gros pelotons de veines sinueuses, satellites des fibromes utérins.

détermination, chez notre malade d'aujourd'hui. Il existe chez elle, avec un gros kyste salpingo-ovarique, sanguin ou purulent, à droite, des signes non douteux d'une salpingo-ovarite gauche. En opérant par le ventre, nous nous rendrons un compte exact de l'état des annexes gauches, et nous n'en pratiquerons l'ablation qu'en toute connaissance de cause.

Je vous dirai peu de chose sur les détails de nos 30 laparatomies. Les adhérences sont signalées 20 fois : adhérences aux parois pelviennes, souvent très étendues et très serrées, au grand épiploon, à la paroi rectale, à une anse d'intestin grêle, même à l'*S* iliaque et au côlon transverse. La rupture méthodique de ces adhérences, la décortication, est le temps le plus malaisé et le plus délicat de l'extirpation d'une masse salpingo-ovarique : il est utile d'y procéder avec méthode, en faisant porter successivement le travail de libération, au doigt, en arrière, en dehors, en dessous : un premier clamp, appliqué sur le ligament large, en dehors des annexes, permet d'isoler entièrement et d'extraire la masse, dont le pédicule utérin est, à son tour, pincé et lié. C'est *en arrière et en dessous* que les poches salpingiennes ont le plus de tendance à se rompre, et c'est là qu'on voit sourdre le pus : aussi est-il de pratique élémentaire de ponctionner d'abord le pyo-salpinx, s'il est de quelque volume, avant de commencer toute manœuvre d'isolement.

Deux fois, il nous a été impossible d'enlever la poche pyo-salpingienne. Chez notre première malade, une femme de 37 ans[1], je trouvai, à l'ouverture du ventre, une grosse masse annexielle gauche, de surface très inégale, à laquelle adhéraient, sur une large étendue, l'épiploon et l'*S* iliaque : l'épiploon se laissa détacher en grande partie, mais la paroi intestinale était, en quelque sorte, fusionnée avec celle de la poche, et le moindre essai de décortication provoquait un abondant suintement sanguin, et menaçait de perforer l'intestin. J'ouvris largement le pyo-salpinx, j'évacuai et j'épongeai soigneusement sa cavité, très irrégulière aussi, et je la tamponnai, à la gaze iodoformée, après avoir réséqué de la paroi ce qui me fut possible et fixé le reste aux lèvres de la plaie abdominale. L'opérée guérit très vite et sans le moindre incident; elle nous quittait au bout d'un mois.

1. N° 2 du tableau.

Dans un second cas[1], en janvier dernier, nous avons rencontré un double pyo-salpinx, deux énormes poches, qui emplissaient le petit bassin et remontaient jusqu'à mi-distance de l'ombilic et du pubis : la poche droite se laissa extirper tout entière, un premier drainage à la Mickulicz fut laissé de ce côté. La poche gauche adhérait partout, et si intimement, que toute tentative de décortication nous parut inutile et dangereuse : ouverte et lavée, la cavité fut drainée aussi à la gaze iodoformée. Ici encore, les suites de l'opération ont été des plus heureuses; opérée le 6 janvier, notre malade sortait le 18 février, et, à cette date, la cicatrisation était complète, les douleurs avaient disparu, et l'état général était redevenu excellent.

L'examen des pièces vous permettra de vous rendre compte que l'extirpation a été complète, dans presque tous les autres cas : deux fois, pourtant, je suis certain d'avoir laissé, adhérents au rectum, quelques débris de la poche salpingienne, dont l'extraction me semblait dangereuse.

Naturellement, chez ces deux opérées, nous avons laissé un drainage. Nous avons drainé encore, toutes les fois qu'une collection purulente s'était rompue au cours de l'opération, ou que le suintement sanguin, résultant de la rupture des adhérences, nous semblait trop abondant. En somme, nous avons pratiqué 9 fois le drainage à la gaze iodoformée, par le procédé de Mickulicz. Je dois dire qu'il nous a rendu, la plupart du temps, les plus grands services, et nous avons été souvent frappés de voir de larges cavités opératoires, au bout de quelques jours, parfaitement fermées de toutes parts, et s'oblitérant, dès lors, très vite.

Sur nos 30 laparotomies, nous avons eu 3 morts. Je tiens à vous rappeler dans quelles conditions.

La première malade qui succomba était une femme de 30 ans[2], qui, depuis longtemps, souffrait du ventre, et qui était entrée dans le service avec des accidents aigus, fébriles. Il s'agissait d'une salpingo-ovarite droite, extrêmement adhérente. La décortication ne laissa pas que d'être fort pénible ; le pavillon de la trompe, recourbé en arrière, était intimement fusionné avec la paroi rectale, dont il ne se détacha qu'avec beaucoup de peine. J'aurais

1. N° 16 du tableau.
2. N° 11 du tableau.

dû faire le drainage de ce foyer irrégulier : je crus pouvoir m'en abstenir. Deux jours après j'étais forcé de rouvrir le ventre : il était trop tard ; malgré tous mes efforts, la malade, après une amélioration passagère, s'éteignit au sixième jour.

Nos deux autres opérées étaient plus âgées, les accidents remontaient à des années, et l'état général, très précaire, aurait été une contre-indication, si nous n'avions voulu tenter une intervention. à titre de ressource dernière. L'une, âgée de 44 ans[1], pâle, amaigrie, était atteinte d'un volumineux pyo-salpinx droit : la poche contenait plus d'un demi-litre de pus : elle fut décortiquée tout entière, et le foyer opératoire, très adhérent, drainé à la Mickulicz. Tout se passa bien d'abord : le tamponnement iodoformé fut renouvelé et n'était nullement imprégné de pus ; vers le milieu de la seconde semaine, la malade fut prise d'accidents intestinaux graves, diarrhée profuse, vomissements, langue sèche. On tenta le nécessaire pour désinfecter l'intestin, mais la faiblesse générale augmentait de jour en jour, et le 23 février (elle avait été opérée le 3), elle succombait : le trajet du drainage était en grande partie comblé.

La situation générale était la même, chez cette femme de 40 ans[2], que nous opérions le 14 octobre : chez elle, je trouvai deux poches pyo-salpingiennes, énormes, surtout la droite, qui renfermait un litre de pus ; j'aurais mieux fait, sans doute, de me borner à les ouvrir et à les « marsupialiser ». Je commençai pourtant la décortication, et il fallut l'achever. J'enlevai en totalité les deux poches, non sans faire une double perforation intestinale, au niveau du côlon tranverse et de la partie supérieure du rectum ; je les suturai toutes deux, et je fis un large drainage à la Mickulicz. Le soir même, la malade allait à la selle, et la diarrhée continua pendant les premiers jours. Le pouls restait petit, et, sans qu'il y eût aucun signe de péritonite, l'état général ne se relevait pas. On mit en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique suprême, et M. Guillemot s'acharna, c'est le mot propre, avec la plus louable ténacité, à arracher la malade à la mort. De fait, grâce aux injections de sérum artificiel, répétées jour et nuit, à hautes doses, ce qui restait de vie fut conservé pendant dix jours. Ici, avec de pareilles lésions et un état général aussi mauvais, l'in-

1. N° 19 du tableau.
2. N° 28 du tableau.

tervention n'a fait qu'avancer, et de peu de temps, le terme fatal : je ne regrette pourtant pas d'avoir opéré, car c'était la seule chance de salut.

Nos vingt-sept autres malades ont guéri sans incident notable. Toutes sont sorties de l'hôpital, au bout de vingt-cinq jours, en moyenne ; la plupart d'entre elles ont été revues.

Ce dernier point est d'un grand intérêt ; et, à côté du résultat opératoire, il y a le résultat thérapeutique, et l'on ne saurait l'apprécier qu'à la longue, en suivant les opérées pendant plusieurs mois, un an et plus.

A ce point de vue, je ne saurais vous donner de chiffres, qui, du reste, n'auraient que peu de valeur, étant donnée la date rapprochée d'un grand nombre de nos opérations.

Pourtant, nous avons revu ensemble plusieurs des malades, qui avaient passé dans le service, au commencement de l'année, et nous avons pu nous assurer qu'elles restent bien guéries, qu'elles ne souffrent plus, qu'elles ont repris de la mine et de l'embonpoint, et que leur vie est redevenue normale.

A deux reprises, nous avons observé ce que j'appellerai, si vous le voulez, l'*infection annexielle successive*.

Une jeune malade est opérée à l'Hôtel-Dieu, pendant l'été 1893, pour *une salpingo-ovarite gauche*[1] : les annexes droites sont parfaitement saines. En février 1894, elle nous revient, à la Pitié, avec *une salpingo-ovarite droite*. Une autre jeune femme, de 34 ans, est opérée, à Saint-Louis[2], en septembre 1893, d'une salpingo-ovarite gauche ; encore une fois, les annexes de l'autre côté, que j'explore attentivement avant de fermer le ventre, ne me semblent nullement malades. Notre opérée sort de l'hôpital, ne souffrant plus. Au bout de quelques mois, les douleurs reparaissent, de l'autre côté, et, en juillet, elle rentrait, salle Lisfranc, *avec une grosse masse annexielle droite*. Qu'est-il arrivé ? C'est bien simple : une infection nouvelle, gonococcique ou autre, et la moindre enquête permettait de reconnaître combien la chose était vraisemblable. Ces faits ne prouvent rien, bien entendu, contre la laparotomie : c'était notre devoir, l'an dernier, de n'extirper par le

1. N° 7 du tableau.
2. N° 1 du tableau.

entre que les annexes d'un côté, qui étaient seules malades, omme c'était, je pense, notre devoir, cette année, en présence 'une seconde salpingo-ovarite et d'un utérus gros et depuis longemps malade, de faire l'hystérectomie vaginale.

Il faut soigner l'utérus, après avoir enlevé les annexes, et ne onsidérer l'intervention abdominale que comme le premier temps e la cure : c'est vrai, et nous l'avons toujours fait, mais il est els milieux, où ces soins consécutifs ne sauraient donner que des ésultats incomplets. Je n'insiste pas ; mais je tiens à dire qu'il y a à des conditions individuelles, auxquelles on ne réserve peut-être as une assez large part dans l'appréciation des résultats opéraoires; on ne saurait transporter telles quelles, d'un milieu à un utre, les conclusions qui se dégagent de la pratique courante.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
1	54 ans.	Douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. Pertes blanches.	A gauche, tumeur fluctuante et douloureuse, du volume d'une petite orange — perceptible par le vagin et par la palpation bi-manuelle. Rien à droite.	11 sept. 1895. St-Louis (service de M. Marchand).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches. Annexes droites saines.	Trompe épaissie et bosselée. Gros kyste purulent ovarien.	*Guérison.* Sortie le 9 octobre.
2	37 ans.	Douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. Retard menstruel et perte abondante, il y a 2 semaines, fausse couche probable. Depuis lors, douleurs plus vives et pertes continues.	A gauche, grosse masse demi-fluctuante, qui refoule l'utérus en avant et à droite. On ne sent rien du côté opposé.	11 sept. 1894. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Poche très inégale, à laquelle adhèrent sur une large étendue l'épiploon et l'S iliaque — remplie de pus, à cavité irrégulière, à paroi très épaisse. Toute décortication impossible. — Évacuation, lavage de la poche, drainage à la Mickulicz.	Kyste purulent tubo-ovarien, très ancien, et partout adhérent. Rien à droite.	*Guérison.* Le drainage est changé tous les 3 jours, et le trajet se ferme rapidement. Sortie le 9 octobre.
3	22 ans.	Souffre du ventre, surtout à gauche, depuis 2 ans. Fausse couche, il y a 4 mois. Depuis, pertes continues, en rouge et en blanc. — Alitement depuis 4 mois.	A gauche, grosse poche fluctuante, qui remplit tout le côté du petit bassin et empiète sur la fosse iliaque — l'utérus refoulé à droite et en avant.	15 sept. 1895. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches.	Poche purulente tubo-ovarienne, du volume d'une grosse orange, incluse dans le ligament large.	*Guérison.* Sortie le 15 octobre.

4	26 ans.	Entre avec des accidents généraux graves, fièvre, douleurs abdominales, vomissements. — Peu à peu la crise s'apaise.	A gauche, énorme poche fluctuante, qu'on sent aussi au palper hypogastrique.	12 sept. 1893. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Adhérences épiploïques qu'on décolle. — Ponction de la grosse poche (1/2 litre de pus) puis décortication. On l'extrait tout entière. Drainage à la Mickulicz.	Poche purulente tubo-ovarienne.	*Guérison.* Sort fin octobre.
5	34 ans.	Couche il y a 8 ans, fausse couche il y a 5 ans. Douleurs à droite. Pertes de sang continues, depuis 1 mois.	A droite, masse fluctuante du volume d'un œuf, refoulant l'utérus.	15 sept. 1893. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites.	Poche purulente tubo-ovarienne.	*Guérison.* Sortie le 6 octobre.
6	27 ans	Souffre du ventre depuis 8 ans, et plus vivement depuis 2 mois. Ménorrhagies.— Pertes blanches.	Dans le cul-de-sac droit, masse arrondie, fluctuante, grosse comme un petit œuf.	20 sept. 1893. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites.	Kyste séreux tubo-ovarien droit. Salpingite non suppurée du même côté.	*Guérison.* Sortie le 6 octobre.
7	21 ans	Couche il y a 2 ans. Depuis, pertes de sang continues. Curettage, il y un an et demi ; retour et persistance des pertes et des douleurs.	Masse arrondie, bosselée, très douloureuse, non fluctuante, dans le cul-de-sac gauche et en arrière. Rien à droite.	16 sept. 1893. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches, prolabées dans le cul-de-sac postérieur, et très adhérentes. Annexes droites saines.	Trompe grosse, épaissie, friable, à contenu purulent. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sort en octobre. Revient à la Pitié, en février 1894, pour une salpingite droite.
8	35 ans.	Douleurs, à gauche, depuis longtemps. Pertes blanches, irrégularités menstruelles.	Dans le cul-de-sac gauche, masse grosse comme une petite orange, très irrégulière, nettement fluctuante.	28 sept. 1893. St-Louis (*id.*).	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches.	Grosse trompe bosselée et dilatée, en pipe allemande (voir fig. 122 dans le texte). Adhérente.	*Guérison.* Sortie fin octobre.
9	22 ans.	Douleurs abdominales, surtout à droite, et troubles menstruels, depuis 2 ans. Fausse couche, il y a 18 mois. Ménorrhagies. — Pertes blanches.	A droite et en arrière, grosse masse douloureuse, fixe. Utérus rétrofléchi.	28 nov. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites, très adhérentes. Redressement du fond de l'utérus, rétrofléchi et adhérent.	Grosse trompe, épaissie, rouge, et de contenu purulent. Ovaire à petits kystes.	*Guérison.* Sortie le 25 janvier, devient infirmière dans la salle ; où elle fait son service régulièrement.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
10	32 ans.	Très nerveuse. — Douleurs abdominales, depuis l'âge de 18 ans, beaucoup plus intenses depuis 3 ans. Vaginisme.	Dans le cul-de-sac droit et en arrière, masse du volume d'une grosse amande, extrêmement douloureuse.	2 déc. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites	Ovaire scléro-kystique des mieux caractérisés. (Voir fig. 121 dans le texte.) Trompe un peu épaissie.	*Guérison.* Sortie le 3 janvier 1895. — Ne souffre plus; l'amélioration locale et générale est frappante.
11	30 ans.	Souffre depuis longtemps dans le ventre, l'aine et la hanche droites. — Ménorrhagie récente. — État fébrile, au moment de l'entrée.	Dans le cul-de-sac droit et en arrière, masse dure, peu mobile, grosse comme une châtaigne.	2 déc. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites, très adhérentes; le pavillon de la trompe adhère intimement à la paroi rectale, dont on ne le sépare que partiellement.	Grosse trompe, à contenu purulent, recourbée et bosselée. Ovaire petit et kystique.	*Mort,* le 8 décembre.
12	34 ans.	Fausse couche il y a 8 ans, couche régulière, il y a 7 ans. Douleurs à gauche, devenant insupportables à la suite de la marche. Pertes blanches.	Dans le cul-de-sac gauche, en arrière, masse arrondie, vaguement fluctuante, peu mobile, douloureuse.	10 déc. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches.	Trompe épaissie et recourbée. Poche purulente ovarienne, grosse comme un œuf de pigeon, qui s'énucléé au cours de l'opération.	*Guérison.* Sortie le 6 janvier 1894. Revue maintes fois : métrite légère, mais tenace.
13	22 ans.	Souffre dans le ventre, depuis l'âge de 15 ans. Une couche il y a 13 mois. Depuis 4 mois, aggravation des douleurs et des pertes blanches.	Dans le cul-de-sac gauche, masse grosse comme une noix, irrégulière, extrêmement douloureuse.	23 déc. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches.	Trompe épaissie, friable, fongueuse. Ovaire scléro-kystique.	*Guérison.* Sortie le 15 janvier 1894.

14	20 ans.	Fausse couche, en mai 1892 ; à la suite, pertes qui se prolongent 6 semaines. Depuis 9 mois, douleurs dans le ventre, à gauche, pertes blanches, extrêmement abondantes ; ménorrhagies.	Dans le cul-de-sac gauche, masse, grosse comme une châtaigne, adhérente, très douloureuse. Utérus très gros ; métrite, qui a résisté à un traitement prolongé.	30 déc. 1893. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches. Rien à droite.	Trompe grosse et rouge ; — ovaire kystique : prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, et adhérents.	*Guérison.* Sort le 27 janvier. Revient quelques semaines après ; curettage. Ne souffre plus du ventre.
15	32 ans.	Fausse couche il y a 6 mois 1/2. Douleurs, des deux côtés, mais plus vives à gauche. Règles irrégulières ; pertes blanches très abondantes.	A gauche, masse très inégale, fixe, douloureuse, grosse comme une châtaigne. On ne sent rien, à droite.	4 janv. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches, adhérentes et prolabées. Annexes droites saines.	Les annexes sont enveloppées de fausses membranes rougeâtres, molles, qui forment comme une nappe continue au-dessus d'elles et se prolongent sur l'épiploon et l'intestin. Grosse trompe très épaissie à contenu purulent. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sortie le 15 février.
16	32 ans.	5 enfants. Douleurs, élancements dans le ventre, des deux côtés. Ménorrhagies abondantes et répétées. Faiblesse et anémie.	A gauche, à l'hypogastre, tumeur arrondie, fluctuante, fixe, du volume d'un gros œuf ; on la retrouve par le vagin. A droite, autre tumeur, de même caractère, un peu plus volumineuse.	6 janv. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — On enlève une énorme poche pyo-salpingienne, droite. — Mickulicz. A gauche, poche partout adhérente ; on l'ouvre (1/3 de litre de pus), on la vide, et on y laisse une bandelette iodoformée.	Pyo-salpinx double.	*Guérison.* Sort le 18 février : cicatrisation complète de la paroi, plus de douleurs, excellent état général.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
17	22 ans.	Souffre du ventre depuis 2 ans (à cette époque, M. Polaillon a porté le diagnostic de salpingite). — Fausse couche il y a 2 ans; seconde fausse couche, il y a 1 an; couche, il y a 8 mois. Douleurs, très vives, surtout à droite, entravant la marche. Pertes blanches.	A droite et en arrière, masse grosse comme une noix verte, très douloureuse, immobile, qui se prolonge par une sorte de cordon transversal, gros comme le doigt, très douloureux aussi. Un peu de sensibilité à gauche.	18 janv. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites, très adhérentes. Annexes gauches saines.	Adhérences. Trompe épaissie, recourbée en avant, de paroi très friable (se coupe sous le fil). Gros ovaire, kystique.	*Guérison.* Sort le 19 février.
18	29 ans.	Fausse couche, il y a 5 ans. Souffre depuis cette époque, surtout à gauche. Pertes blanches; règles irrégulières.	Dans le cul-de-sac droit et en arrière, masse douloureuse, inégale, fixe.	27 janv. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites adhérentes. Rien à gauche.	Gros ovaire, polykystique. Trompe épaissie et sinueuse, à contenu purulent.	*Guérison.* Sort le 17 mars.
19	44 ans.	Très pâle, très cachectique, souffre depuis longtemps du ventre, surtout à droite; crises aiguës répétées. Ménorrhagies.	Grosse masse, irrégulière de surface, dure en quelques points, fluctuante par places, qui remplit la fosse iliaque droite. Elle fait saillie dans le cul-de-sac droit et postérieur : l'utérus est refoulé et immobilisé.	6 février 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Sous l'épiploon, très adhérent, volumineuse poche salpingienne droite, qui s'ouvre (près de 1/2 litre de pus). Décortication complète. Drainage à la Mickulicz.	Pyo-salpinx droit. Utérus fibromateux.	*Mort*, le 25 février 1894, au 17e jour, avec tous les signes d'une cachexie progressive, sans réaction péritonéale. Le trajet du drainage est presque fermé.
20	27 ans.	Début des accidents il y a 19 mois, à sa première couche. Douleurs	Dans les deux culs-de-sac, masse irrégulière, douloureuse, immobile.	10 février 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes des deux côtés.	Adhérences légères. Ovaires kystiques. Trompes incurvées en	*Guérison.* Sort le 7 mars.

		croissantes, règles irrégulières, pertes blanches. En octobre 1893, fausse couche; depuis, pertes très abondantes. A son entrée, extraction d'un volumineux débris placentaire et curettage.	qui ne paraît pas fluctuante. En arrière, les deux tumeurs annexielles encadrent le fond de l'utérus, légèrement rétrofléchi.			arrière, très épaissies, à contenu purulent.	
21	21 ans.	Début il y a 2 ans. Fausse couche, il y a 2 mois. Douleurs, surtout à gauche. Dysménorrhée; pertes blanches.	Dans le cul-de-sac gauche, masse grosse comme un œuf de pigeon, arrondie, dure, très douloureuse.	17 février 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches. Adhérences très étendues et saignantes. Drainage à la Mickulicz.	Grosse trompe, à contenu séro-purulent. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sort le 30 mai.
22	30 ans.	Souffre depuis plusieurs années du ventre, difficulté de la marche. Douleurs surtout aiguës à gauche. Ménorrhagies; leucorrhée abondante.	Dans le cul-de-sac gauche et postérieur, on sent une masse irrégulièrement arrondie, grosse comme une orange, vaguement fluctuante, très douloureuse qu'on retrouve au palper hypogast.	8 mars 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes gauches, très adhérentes. — Une poche se crève et donne issue à un liquide louche. — Suintement sanguin assez abondant. Drainage à la Mickulicz.	Trompe volumineuse, contournée, dilatée dans sa moitié externe. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sort le 15 août.
23	26 ans.	Un enfant, il y a 1 an. Douleurs dans le ventre, surtout à gauche. Pertes depuis 1 an, très abondantes.	Dans le cul-de-sac postérieur et gauche, masse arrondie, du volume d'une orange, de consistance pâteuse, très douloureuse. Se sent, de même, par le rectum et par le palper hypogastrique.	14 sept. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites. Adhérences étendues.	Grosse trompe, à paroi épaisse et infiltrée de petits foyers purulents. — Ovaire kystique.	*Guérison.* Sort le 17 octobre.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
24	26 ans.	4 enfants, le dernier en juillet 1894. Douleurs qui rendent la marche presque impossible. Pertes blanches.	Dans le cul-de-sac droit, grosse masse douloureuse, mobile, empâtée, du volume d'une châtaigne; on distingue assez bien un gros ovaire, entouré, en arrière et en dehors, d'une trompe sinueuse.	18 sept. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablations des annexes droites. Adhérences, très intimes, à une anse grêle. Drainage à la Mickulicz.	Trompe épaisse, dilatée, à contenu purulent. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sort en octobre.
25	22 ans.	Souffre depuis longtemps du ventre, surtout à droite. Irrégularités menstruelles; pertes blanches abondantes.	Le cul-de-sac droit est rempli par une masse, grosse comme une mandarine, très douloureuse, adhérente, de consistance mollasse. Elle se prolonge, dans le cul-de-sac postér., par un cordon, du volume d'un crayon, de consistance plus ferme, très douloureux, et encore mobile.	25 sept. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites. Adhérences étendues. Annexes gauches saines.	Ovaire polykystique; trompe bosselée, dilatée, à contenu purulent, et semée, dans sa paroi, de petits îlots d'aspect caséeux.	*Guérison.* Sortie en octobre.
26	35 ans.	Métrite, il y a trois ans. Douleurs à droite, qui sont devenues beaucoup plus vives depuis juin 1895. Alitement forcé depuis le 15 juillet.	Dans le cul-de-sac droit, masse empâtée, douloureuse, du volume d'une grosse noix.	29 sept. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites. Adhérences peu considérables. Annexes gauches saines.	Trompe épaissie, sinueuse; ovaire à petits kystes, prolabé.	*Guérison.* Sortie fin octobre.
27	35 ans.	Début des douleurs en 1889, revenant par crises, et rebelles à tout traitement. Fin 1895, curettage. Pertes de sang peu abon-	Utérus rétrofléchi, paraît réductible, mais non abaissable. Dans les culs-de-sac latéraux, surtout à droite,	9 octobre 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Deux grosses poches purulentes, tubo-ovariennes, sont ouvertes, vidées, décortiquées et extraites.	Pyo-salpinx double : le droit contient 1/2 litre de pus; le gauche est un peu moindre	*Guérison.* Sort fin novembre.

		dantes, mais continues. Douleurs de plus en plus vives. Ténesme rectal.	masses irrégulières, très grosses, très douloureuses, et d'exploration difficile.		Drainage à la Mickulicz.		
28	40 ans.	Très cachectique, souffre depuis plusieurs années; troubles digestifs; crises aiguës, fébriles, à plusieurs reprises.	La région hypogastrique et les fosses iliaques sont occupées par une tumeur volumineuse, bosselée, compacte, qui semble former une seule masse. Au toucher, l'utérus, enclavé et immobile, paraît faire corps avec la tumeur.	14 oct. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Deux poches purulentes énormes, surtout la droite, très adhérentes décortiquées et extraites. Double perforation intestinale immédiatement suturées. Drainage à la Mickulicz.	Pyo-salpinx double, ancien, partout adhérent.	*Mort*, le 19 octobre.
29	57 ans.	Souffre depuis longtemps du ventre, métrite ancienne. Arrêt brusque des règles, et crise douloureuse aiguë, il y a 4 mois.	A la région hypogastrique, à droite, on sent une masse arrondie, du volume d'un œuf, extrêmement mobile, et qu'on retrouve dans le cul-de-sac droit. A gauche, masse plus petite, irrégulière adhérente.	11 nov. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes des deux côtés.	A droite, énorme trompe sinueuse, fermée, remplie d'un liquide rougejaunâtre, en voie de purulence manifeste. Ovaire sain d'aspect. A gauche, trompe dilatée, bosselée, à contenu rougeâtre ; ovaire kystique. Hémato-salpinx double.	*Guérison.* Sort mi-décembre.
30	25 ans.	Souffre du ventre, depuis 5 ans, avec des alternatives de mieux et d'aggravation. Depuis 1893, pertes blanches abondantes, douleurs plus vives, surtout à gauche; gêne de la marche. Métrorrhagie il y a une dizaine de jours.	Dans le cul-de-sac droit, sorte de bride transversale, douloureuse; plus profondément et en arrière, masse arrondie, mollasse, qui paraît mobile. Empâtement douloureux, à gauche.	20 déc. 1894. Pitié.	*Laparotomie.* — Ablation des annexes droites. Les annexes gauches paraissent saines.	Gros ovaire kystique. Trompe épaisse, friable, contenu séro-purulent, muqueuse d'aspect fongueux.	*Guérison.* Sort le 20 janvier 1895.

VI

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LES AFFECTIONS BILATÉRALES DES ANNEXES

Morale opératoire de 23 faits. — Laparotomie ou hystérectomie : quelle est la plus légitime, la plus bénigne, la plus efficace des deux interventions? — Ce que nous avons trouvé chez nos 23 malades. — Technique : l'hystérectomie n'est qu'un temps préliminaire; l'utérus enlevés, plusieurs éventualités se présentent : *a*, annexes en paquet facilement énucléable; *b*, poches purulentes, qui se laissent décortiquer; *c*, poches purulentes multiples, muraille d'adhérences, nécessité de laisser tout béant, sans rien extirper. — Déchirures de l'intestin et de la vessie. — Résultats immédiats — Résultats éloignés. — Guérisons inespérées.

Messieurs,

Nous avons pratiqué 23 hystérectomies pour lésions bilatérales des annexes. Il me semble utile, ici encore, de rechercher avec vous, en toute simplicité, quelles réflexions pratiques nous devons tirer de cette petite série.

Pourquoi avons-nous eu recours, chez nos 23 malades, *à l'opération de Péan-Segond?* Quels arguments nous sommes-nous donnés à nous-mêmes, et quelles réponses avons-nous faites aux objections maintes fois répétées? — *Qu'avons-nous constaté, au cours de nos hystérectomies, quelles difficultés spéciales, quels accidents?* — *Quels ont été nos résultats?*

Encore une fois, une courte expérience m'interdit de prendre part à une discussion qui n'est pas encore close; mais, en pareille matière, la responsabilité du chirurgien est trop lourdement engagée pour qu'il ne soit pas de son devoir de se faire à lui-même, sur ses propres faits, une opinion, une sorte de morale opératoire : je veux vous exposer la morale de nos observations.

La discussion qui s'est ouverte et qui se poursuit sur la valeur comparative de l'hystérectomie vaginale ou de la laparotomie, a pour base principale les trois points que voici : 1° Est-il légitime

de supprimer ainsi, pour jamais, l'appareil génital interne de la femme? *Est-on toujours sûr que les lésions utéro-annexielles nécessitent ou justifient pareille mutilation?* — 2° *Quelle est la plus bénigne* des deux interventions? — 3° *Quelle est la plus efficace*, autrement dit, quelle est *celle qui permet le mieux d'enlever tout le mal*, et qui est *le plus rarement suivie de récidives douloureuses?*

La première question est, à mon sens, celle qui se pose le plus instamment. Je ne sais quelle est la fréquence des accidents névropathiques, à la suite de la castration utéro-ovarienne, mais ce que je sais bien, c'est que, par le fait même du choix de l'intervention vaginale, le sort est jeté, le sacrifice est irrémissible, une grande fonction est abolie[1]!

Certes, les cas ne manquent pas où aucun doute de cette nature ne saurait s'élever, en présence d'une grosse poche pyo-salpingienne encadrant un utérus fibromateux. Tout le problème se réduit à savoir par quelle voie l'extirpation de la tumeur utéro-annexielle sera plus aisée, plus complète et plus facile. Mais, souvent, je vous ai montré de ces malades, qui, avec une salpingo-ovarite suppurée, incurable, d'un côté, présentent, de l'autre, des lésions beaucoup moindres, qui se traduisent surtout par de l'empâtement et de la douleur; peut-être les annexes sont-elles, de ce côté aussi, gravement atteintes, mais l'exploration ne vous en donne pas la certitude. J'ajoute que l'examen, sous le chloroforme, qui doit tou-

1. Il est certain que l'avenir se joue parfois, avec une triste ironie, de tous nos efforts de conservation et qu'il renverse toutes nos prévisions. J'ai déjà parlé, à la fin de la leçon précédente, des infections annexielles successives, et j'ai cité deux malades qui, après avoir subi l'ablation des annexes d'un côté, seules malades, après une période de calme et de guérison, en apparence définitive, avaient été atteintes d'une salpingo-ovarite grave, du côté opposé : en dernière analyse, l'hystérectomie vaginale secondaire, était devenue nécessaire.

Nous avons été témoins, tout récemment, d'un autre fait de ce genre, encore plus décourageant. Une jeune femme est opérée, en décembre 1893, pour une salpingo-ovarite gauche; les annexes droites sont parfaitement saines, l'utérus n'est pas gros, et, après le traitement nécessaire, l'appareil génital de notre malade semble revenu à un état tout à fait normal, quand elle quitte le service. Peu de temps après, elle devient enceinte. — Hélas! notre collègue et ami Varnier nous apprenait, en novembre dernier, qu'elle était venue faire, en juin, à la clinique Baudelocque, une fausse couche de deux mois et demi. — Elle-même revenait nous trouver, à la Pitié, il y a peu de temps : pâle, amaigrie, souffrant de nouveau, ayant eu, dans les derniers mois, plusieurs crises fébriles. De fait, nous constations une salpingo-ovarite droite. Après un stage de repos et de soins préliminaires, l'hystérectomie vaginale secondaire, ici encore, a fini par s'imposer.

jours intervenir, la chose en vaut la peine, suffit, très souvent, à trancher la question.

Ceci posé, et *la bilatéralité des lésions annexielles, irrémédiables, une fois bien établie*, j'avoue que le sacrifice de l'utérus lui-même me préoccupe beaucoup moins. Et voici pourquoi : il est, très souvent, malade lui-même et de maladie incurable; s'il reste en place, après l'extirpation des deux ovaires, il n'est plus qu'un organe inutile, et, presque toujours, nuisible.

Chez toutes nos opérées, l'utérus était malade, et depuis longtemps : il était gros, souvent énorme, de paroi épaissie et friable. Il contenait parfois, dans son épaisseur même, de petits foyers purulents, voisins de l'abouchement tubaire: plusieurs fois il était fibromateux. Il était donc, par lui-même, incapable de tout fonctionnement utile.

A quoi sert de respecter ces utérus? A entretenir les douleurs, les pertes blanches, et tous les accidents de la métrite chronique, à laisser les opérées dans la nécessité de suivre ultérieurement un long traitement, et de ne recouvrer peut-être jamais leur plein état de santé. N'avons-nous pas revu, à plusieurs reprises, deux de nos malades, à qui nous avions enlevé, par le ventre, les annexes des deux côtés? Les culs-de-sac-latéraux sont bien souples, bien indolents, mais l'utérus est resté gros, malgré le curettage, malgré des soins auxquels, malheureusement, la situation de nos opérées ne permet pas d'être prolongés et efficaces; mais c'est là encore un élément de pronostic ultérieur, qu'on ne saurait négliger, en clinique. Ne vous ai-je pas présenté, il y a quelque temps, une jeune Américaine, opérée à New-York par un gynécologiste célèbre, et qui, malgré l'ablation bilatérale des annexes, souffre toujours d'une métrite tenace, à tel point que j'ai cru devoir lui conseiller une hystérectomie secondaire?

Ainsi donc, si les annexes sont malades des deux côtés, si l'utérus est malade, ce qu'on peut appeler *l'argument de la reproduction* tombe de lui-même; encore faut-il que les lésions soient assez invétérées et assez graves, à droite et à gauche, pour être jugées irrémédiables.

Sur nos 25 opérations, 11 fois nous avons trouvé de grosses poches purulentes; 5 fois, les trompes, dilatées, contournées, de paroi épaissie et friable, contenaient du pus; 7 fois, il n'y avait pas

de pus, reconnaissable à l'examen direct, mais, sur la coupe de la paroi tubaire, on distinguait souvent de petits îlots jaunâtres et d'aspect caséeux, et, d'ailleurs, comme vous pouvez vous en assurer sur ces pièces, les lésions anatomiques n'en étaient pas moins graves.

Reconnaissons donc, comme un fait acquis, que l'hystérectomie vaginale, que la mutilation utéro-ovarienne complète, si vous préférez, est entièrement *justifiée*, dans les limites indiquées.

Le dernier mot n'est pas dit. *Est-elle plus bénigne? Est-elle plus efficace que la laparotomie?*

Je ne parle que de ce que nous avons vu ensemble, et j'en viens aux remarques que nous ont suggérées nos opérations.

Notre technique a toujours été la même, je me contente de vous en rappeler quelques détails. Après un curettage préliminaire, le col est saisi et abaissé, les culs-de-sac incisés circulairement, et le décollement de la vessie poursuivi aussi haut que possible, au doigt et aux ciseaux courbes, jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Ce premier temps est loin d'être toujours aisé : nous avons eu affaire, deux fois, à des cols absolument effacés, sur lesquels la pince à traction n'avait aucune prise, et qui, de plus, se déchiraient à la moindre traction : la vessie, très adhérente, descendait jusqu'au bord libre de la lèvre antérieure, et l'on ne parvenait que très difficilement à la rebrousser sans l'ouvrir. C'est, en pareil cas, l'amorce qui est surtout pénible; une fois la libération du col en bonne voie, et les mors des pinces implantés en bon lieu, il y a, si vous voulez me passer l'expression, un bon pas de fait.

D'ordinaire, la dénudation du col, en arrière, et l'ouverture du cul-de-sac postérieur nous ont donné beaucoup moins de mal. C'est au cours de cette besogne que l'on crève le plus souvent les poches purulentes, ce qui facilite, en général, le reste de l'opération.

Une fois le col libéré en avant et en arrière, et, de chaque côté, une pince-clamp appliquée sur la zone utérine des ligaments larges, la paroi antérieure de l'utérus est sectionnée verticalement sur la ligne médiane, et la section prolongée successivement, à mesure que les pinces grimpent, en quelque sorte, le long de chacune des lèvres, pour abaisser le segment supérieur. Si l'utérus

est gros ou fibromateux, la simple fente ne suffit pas, et l'on pratique le morcellement.

Dans les cas de difficulté moyenne, où l'utérus s'abaisse assez bien, on arrive à faire basculer le fond en avant, et l'incision médiane est alors prolongée sur toute la longueur de la paroi postérieure. Dès lors, l'utérus est divisé en deux moitiés, en deux valves, et il devient simple de saisir dans un clamp, de haut en bas, chacun des ligaments larges; chacun d'eux est sectionné, entre les mors du clamp et le bord utérin, et, la matrice enlevée, la voie est ouverte.

Mais cette *première étape opératoire* est souvent longue et pénible. L'utérus n'obéit nullement à la traction, il est soudé à la gangue annexielle qui l'enclave, il se déchire et s'émiette sous les pinces. Il y a un moment, dans ces hystérectomies, de difficultés extrêmes, où l'on croit la partie perdue, où l'on désespère presque d'en finir : avec de la ténacité, on en vient à bout. — Nous avons rencontré maintes fois de pareils obstacles. Rappelez-vous cette femme de 45 ans, que nous opérions le 10 septembre : l'utérus, très gros, tenait partout, il était fixé, inébranlable, et, tout autour de lui, le doigt se heurtait à une couche scléreuse, épaissie, dure, qui se refusait à tout décollement. Il fallut le morceler en tout petits fragments, et, après une lutte prolongée, c'est le mot, où nous n'avancions guère que par millimètres, il céda enfin, et, derrière lui, nous pûmes extraire une poche purulente tubo-ovarienne droite, et une grosse trompe gauche.

La paroi utérine est-elle friable et ramollie, l'abaissement et l'extraction exigent encore plus de temps et d'efforts, et l'on conviendra que certains accidents opératoires soient alors presque inévitables.

Pourtant les faits de ce genre ne sont jamais que l'exception : d'ordinaire, si l'opération est difficile, si elle réclame de la patience et de la méthode, elle est de celles, pourtant, que l'on mène à bien sans trop de peine, et que la pratique rend plus aisée.

Mais *l'hystérectomie elle-même n'est qu'un temps préliminaire : elle ne fait qu'ouvrir la voie par laquelle il faudra, à leur tour, isoler et extraire les annexes.* Ici, en pratique, plusieurs éventualités se présentent :

A. — Si les annexes ont conservé encore leur forme générale et qu'elles soient peu adhérentes, elles se montrent au fond de la plaie, et, en tirant sur chacune des valves utérines ou sur le clamp provisoirement appliqué, on les énuclée à demi. Le doigt, en crochet, glissé au-dessus et en dehors d'elles, les contourne, et achève de les extraire Résistent-elles davantage, une pince à traction les retient et les amarre, en quelque sorte, pendant que l'autre main accomplit sa besogne de décortication. En pareil cas, tout se passe bien; l'ovaire seul, kystique et friable, se déchire et s'écrase souvent, et l'on doit prendre soin d'en extirper tous les débris. Si l'utérus, sectionné en deux, n'a pas été enlevé, le clamp définitif est alors appliqué, toujours de haut en bas, sur le ligament large, en dehors des annexes. Si l'utérus était gros, gênant, et qu'il ait paru nécessaire de l'exciser d'abord, pour se faire du jour, en jetant un premier clamp le long de son bord, on en est quitte pour pincer le ligament large une seconde fois, en bonne place, en dehors des annexes, et pour faire la section définitive entre les deux clamps.

L'opération, dans ces formes relativement simples, se termine vite. Il ne reste, le plus souvent, que quatre pinces à demeure; une ou deux longuettes sont parfois nécessaires pour compléter l'hémostase; la tranche vaginale, surtout en arrière, fournit parfois un suintement sanguin assez abondant, dont on découvre aisément l'origine, et qui s'arrête sous le tamponnement.

Nous avons pris l'habitude de pratiquer l'injection terminale, au sublimé à 1 pour 2000, en relevant un peu la partie supérieure du corps, pour prévenir, par la déclivité du bassin, la pénétration d'une trop grande quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Au contraire, le tamponnement à la gaze iodoformée est fait dans la position inclinée, le bassin élevé : cette position, qui dégage toute la cavité pelvienne, nous paraît utile, pour faire un tamponnement profond, et qui coiffe largement l'extrémité abdominale des clamps.

B. — Dans d'autres conditions, et spécialement lorsqu'il existe de grosses poches purulentes, ce qu'on aperçoit d'ordinaire, une fois l'utérus extrait ou enlevé, c'est la paroi arrondie, tendue, grisâtre ou rougeâtre, de l'une de ces poches. La première chose à faire est naturellement de la ponctionner ou de l'ouvrir, non sans toutefois

l'avoir saisie et repérée par une ou deux pinces fixatrices; à mesure que le kyste purulent se vide et s'affaisse, ces pinces servent à le maintenir et à l'attirer de plus en plus dans la plaie ou en dehors : grâce à cette précaution, et en laissant le bassin dans la position déclive, on a toutes les chances pour que le pus ne pénètre pas dans la cavité péritonéale.

On procède alors à l'énucléation de la paroi pyo-salpingienne. Il est à remarquer que les gros kystes purulents se laissent souvent extraire sans trop de peine; nous en avons extirpé de très volumineux. S'ils sont très adhérents, c'est en suivant méthodiquement leur paroi, en la décollant peu à peu, qu'on mène à bien ce temps opératoire, quelquefois dangereux.

C. — La pratique est autrement malaisée, lorsqu'on se trouve dans la situation suivante. L'hystérectomie est faite, des poches purulentes se sont rompues, au cours de la libération de l'utérus, les abcès annexiels se sont vidés, ou en partie, et, sous les yeux, dans le fond, on ne voit plus que des membranes flottantes, que des débris de parois; le doigt ne sent plus aucun relief caractérisé, aucune bosselure fluctuante, rien qui puisse le guider au milieu de cette masse molle et spongieuse; tout cela est friable, se rompt et s'arrache à la moindre prise. Aller, à l'aveuglette, saisir, avec une pince, ce qui paraît être, sous le doigt, l'ovaire ou le pavillon de la trompe, c'est aller au-devant de graves accidents, et s'exposer à ouvrir et à déchirer le rectum ou la vessie. Nous allons y revenir. En pareille occurrence, ce serait une faute de demander à l'hystérectomie vaginale plus qu'elle ne peut donner; elle permet de réaliser *une large voie de drainage*, d'ouvrir les poches purulentes ou autres, et d'exciser une partie de leurs parois, et voilà tout. Ferait-on mieux par le ventre? Pour ma part, au moins dans ces formes de salpingo-ovarites purulentes, à poches multiples, à parois friables, et partout adhérentes, je ne le crois pas.

Deux fois, en présence de ce type de lésions utéro-annexielles, nous avons dû nous borner à enlever purement et simplement l'utérus, et à ouvrir les cavités kystiques ambiantes.

Notre première malade était une femme de 30 ans, qui souffrait du ventre depuis cinq ans, et qui avait eu, à plusieurs reprises, des crises de pelvi-péritonite aiguës et graves. Une dernière poussée l'avait amenée à l'hôpital, où la fièvre avait fini par

tomber, au bout de quelques semaines. Pâle, amaigrie, cachectique, elle était dans un état général si lamentable, que l'intervention, quoique me paraissant être la dernière ressource, ne laissait pas que de m'inquiéter beaucoup. Je fis l'hystérectomie vaginale, le 7 avril 1893 : je trouvai un utérus enclavé, soudé, que je ne pus extirper que lentement et par segments. J'en achevai pourtant l'ablation, et je me trouvai alors en présence d'*une large cavité close de toutes parts, tapissée d'une gangue épaisse, blanchâtre, de consistance comme squirrheuse*. Çà et là, quelques points ramollis révélaient autant de poches isolées; je les ouvris, au doigt, je les vidai de leur contenu séro-purulent, et je dus m'arrêter là. Où était l'ovaire? Où était la trompe? Que restait-il des annexes? Je n'en sais rien. — Toujours est-il que mon opérée guérit à merveille; elle sortait de l'hôpital le 16 mai. Je l'ai revue plusieurs fois : je vous l'ai montrée, ici même, il y a peu de temps : elle ne souffre plus, elle a bonne mine, elle a repris de l'embonpoint : c'est une très heureuse transformation, et qui se maintient.

L'autre était cette malheureuse fille[1], dont les accidents pelviens remontaient, malgré son jeune âge (elle n'avait que vingt ans), à plus de quatre ans : fausses couches, métrite, suppuration pelvienne double, crises de pelvi-péritonite graves et répétées, elle avait passé par toutes les phases de l'infection génitale utéro-annexielle; sa santé était des plus précaires, et nous hésitions à intervenir.

L'utérus était enclavé dans une énorme masse, que nous sentions à la fois par le vagin et par l'abdomen : masse de consistance inégale, fluctuante par places, très dure en d'autres points, fixe et adhérente partout. Ne rien faire, c'était souscrire d'avance à une terminaison fatale, à échéance prochaine; tenter, par le vagin, une opération partielle, incomplète, en ouvrant les culs-de-sac latéraux ou le cul-de-sac postérieur, c'était peut-être pis encore : on ne trouvait, ni à droite ni à gauche, de poches circonscrites, mais un magma épais, irrégulier, aréolaire probablement.

Je pratiquai donc l'hystérectomie vaginale, le 30 juillet : je n'ai jamais fait encore d'opération aussi pénible; l'utérus, absolument immobilisé, ramolli, friable, faisait corps, pour ainsi dire, avec la vessie et le rectum, et j'eus les plus grandes peines à

1. N° 13 du Tableau.

amorcer le décollement de la paroi vésicale, d'autant plus qu'il n'y avait plus de col, qu'il était affaissé et de niveau avec les culs-de-sac voisins. Je dus extraire l'utérus par fragments : il s'écrasait sous le doigt, s'émiettait sous les pinces, et tout morcellement régulier était impraticable. Une abondante quantité de pus s'écoula, de tous les côtés, d'une série de poches que je ne pus exciser qu'en partie : à la fin de l'opération, je m'aperçus que la paroi postérieure de la vessie était ouverte, et cela, non point en bas, près de l'urèthre, mais très haut, à la partie postéro-supérieure du bas-fond : cette paroi vésicale était, du reste, aussi ramollie et aussi friable que le tissu utérin lui-même. La perte de substance me parut trop large pour se prêter à une restauration immédiate, et je préférai mettre une sonde à demeure, et faire un tamponnement bien serré.

Tout alla à peu près bien durant les deux premiers jours : la température était normale, le pouls bien frappé, quoique fréquent, la miction par la sonde était régulière ; puis la malade tomba dans un état d'affaissement progressif, et s'éteignit le 4 août. A l'autopsie, on reconnut qu'il existait aussi une étroite perforation de la paroi rectale antérieure.

Fautes opératoires, me direz-vous ; c'est vrai, mais, dans un pareil foyer, il était bien difficile, pour ne rien dire de plus, de les éviter, et ce n'est point à elles, du reste, qu'il y a lieu d'imputer la mort de mon opérée, mais à sa déchéance générale, trop ancienne et trop profonde pour supporter l'intervention nécessaire. Il était trop tard : c'est la seule conclusion que je crois juste de tirer de ce fait.

Dans trois autres cas, je laissai, sciemment, d'un côté, une partie plus ou moins considérable de la poche purulente, rompue et vidée, et cela, parce qu'elle me paraissait trop adhérente ou que je craignais, en poussant trop loin, de provoquer ces déchirures dont je viens de vous donner un exemple. D'ailleurs, comme je vous le disais plus haut, ces difficultés et ces dangers se présentent moins avec les grandes poches bien encapsulées qu'avec les masses ramollies et friables, où trompe et ovaire semblent confondus, et qui s'effritent sous le doigt. Où finit *le tissu annexiel*, si je puis dire, où commence la paroi rectale, on ne sait trop, et l'adhérence est quelquefois représentée par une véritable

fusion des organes, dans une gangue commune ramollie [1].

Je vous parle surtout du rectum, parce qu'il m'est arrivé, deux fois, d'attirer au dehors sa paroi antérieure, en cherchant à achever la décortication d'une des poches annexielles ; dans un de ces cas, je le reconnus vite, et je le remis aussitôt à sa place ; dans l'autre, je ne le reconnus qu'après avoir fait à sa paroi une étroite perforation ; la perte de substance n'avait guère que la largeur d'une lentille, elle fut immédiatement suturée, et la malade a guéri sans incident.

Je tenais à vous rappeler ces cas difficiles, car, s'ils donnent beaucoup de mal, ils fournissent, souvent aussi, des résultats inespérés. On pourrait presque dire, sous une forme paradoxale, que les hystérectomies vaginales les plus difficiles sont précisément celles qui sont le mieux indiquées.

Nous avons toujours laissé les pinces quarante-huit heures, sauf chez notre première malade, où elles n'ont été enlevées que le matin du troisième jour ; les pinces retirées, le tamponnement reste encore en place un, deux ou trois jours, s'il n'y a pas d'indication contraire. Deux fois, une hémorrhagie s'est produite, à l'ablation des pinces, bien que l'opération eût été simple et régulière, dans les

1. Les statistiques ont montré que les perforations de l'intestin n'étaient pas plus fréquentes, en somme, au cours de l'hystérectomie vaginale qu'au cours de la laparotomie. Cela prouve simplement que l'extirpation des annexes malades, par la voie vaginale, reste assez souvent incomplète. Il est, en effet, certains types d'adhérences intestinales, qu'il est, de toute évidence, impossible de rompre, au fond de l'entonnoir vaginal, sans déchirures ; je veux parler de ces cas où l'on trouve une véritable fusion de la paroi pyo-salpingienne et de la paroi intestinale. Nous en avions un exemple, dans une laparotomie récente. Le pavillon de la trompe droite était largement soudé à une anse grêle voisine, il faisait corps avec elle, la tunique séreuse et une partie de la tunique musculaire de l'intestin étaient détruites, à ce niveau : il fallut sectionner la trompe, exciser, aux ciseaux, les bords du pavillon, et curetter soigneusement la surface ulcérée, d'un gris jaunâtre, qui représentait la surface d'adhérence et de fusion. Un drainage à la gaze iodoformée fut laissé, de ce côté, et la malade a guéri, sans incident. Si la décortication de cette poche tubaire eût été faite par le vagin, c'est-à-dire, en réalité, sans avoir les pièces bien à découvert, sous les yeux, la déchirure de l'intestin, ulcéré et aminci, était inévitable. Or, tout le monde reconnaîtra qu'il est moins facile de parer convenablement à une perforation intestinale, par la voie vaginale que par l'abdomen.

En suivant les préceptes des maîtres de l'hystérectomie vaginale, en ne procédant jamais « à l'aveugle », en voyant toujours ce que l'on fait, on n'aura pas de ces accidents opératoires ; mais aussi, et ce sera la contre-partie inévitable, on n'enlèvera pas tout. Reste à savoir si les débris de parois salpingiennes, si les fragments d'ovaires, etc., si tous ces reliquats se sclérosent, se résorbent, deviennent des tissus morts, qui ne compromettent en aucune façon le rétablissement fonctionnel complet : la preuve démonstrative ne semble pas encore faite.

deux cas, et que le déclenchement et l'extraction des clamps fussent faits avec de grandes précautions. Très vite, le tamponnement fut imbibé de sang : on retira les premières lamelles, et, séance tenante, l'on bourra le vagin, très fortement, en refoulant le plus haut possible les tampons supérieurs. L'écoulement sanguin s'arrêta, et les deux malades ont guéri, sans autre événement.

J'ajoute que, si les pinces sont un mal nécessaire, elles ne laissent pas que d'être fort gênantes, et de créer, aux opérées, deux journées souvent pénibles. Tout récemment, nous avons pu nous en passer, dans des conditions spéciales qui s'y prêtaient : l'utérus était en partie prolabé, et, bien qu'il fût très gros et très long, il nous fut possible de lier, par paquets, les ligaments larges, en dehors des annexes. Bien entendu, pareille pratique n'est réalisable que dans une série de cas restreints[1].

J'arrive aux résultats immédiats de nos interventions. Sur 23 hystérectomies vaginales pour lésions annexielles doubles, nous avons eu 3 morts. Je vous ai déjà soumis les détails de la première. Le second cas malheureux est celui d'une femme de 37 ans, atteinte d'un hémato-salpinx suppuré, à gauche, d'une salpingo-ovarite chronique, à droite; j'eus le tort de l'opérer, au cours d'une période fébrile, mais le volume de la collection

1. Il en est de même de l'ablation des tumeurs annexielles par le vagin, sans enlever l'utérus, de ce qu'on a nommé la laparotomie vaginale. L'incision large du cul-de-sac postérieur ne donne un jour suffisant et ne permet l'extraction méthodique des annexes que dans certains cas assez restreints; mais, lorsque la masse salpingienne, prolabée et saillante en arrière du col, ou dans l'un des culs-de-sac latéraux, est bien limitée, bien accessible, et que le doigt en fait le tour aisément, la voie semble, par là même, tout indiquée, et l'opération est très simple et très bénigne.

Nous y avons eu recours deux fois : 1° chez une malade, qui présentait, dans le cul-de-sac droit et en arrière, une poche fluctuante, grosse comme une mandarine, régulière, arrondie et circonscrite; l'incision vaginale permit d'abord de vider la poche, qui était remplie de pus, et de l'extraire tout entière de l'épaisseur du ligament large. 2° Plus récemment, chez une femme de 28 ans, qui souffrait depuis longtemps du ventre, et dont les douleurs, localisées à gauche, avaient pris, depuis trois mois, un caractère d'acuité particulière. On sentait, au toucher, dans le cul-de-sac gauche, une bride saillante, très dure, transversale, qui partait de la commissure du col et allait se perdre sur la muqueuse du cul-de-sac; au-dessous, et plus profondément, on découvrait une masse arrondie, résistante, grosse à peu près comme une noix verte, très douloureuse : c'étaient les annexes de ce côté. — La paroi vaginale fut incisée au niveau du cul-de-sac gauche et en arrière, et, une fois la bride sectionnée, l'utérus s'abaissa sans peine; j'aperçus la tumeur annexielle prolabée, je la décortiquai aisément, et je l'enlevai, après avoir appliqué un clamp sur son pédicule. Le clamp fut ensuite remplacé par une double ligature à la soie et un tamponnement iodoformé termina l'opération, fort courte, et dont les suites furent des plus bénignes. La malade sortait, le 14 janvier dernier, bien guérie.

purulente, les douleurs croissantes, l'aggravation des phénomènes généraux, me parurent une indication pressante. Je trouvai un utérus gros et friable; à gauche, une poche énorme, remplie de pus et de caillots, et une trompe dilatée, aussi remplie de pus et de sang, et rompue au niveau de son pavillon; à droite, un ovaire kystique, une trompe épaisse et friable, le tout agglutiné par des adhérences anciennes. L'intervention était, en somme, assez simple; mais, après une chute thermique, le premier soir, les symptômes généraux s'aggravèrent très vite, et la malade succomba.

Notre dernière malade, une femme de 45 ans, opérée le 24 novembre dernier, était atteinte à la fois d'un prolapsus utérin et de lésions annexielles bilatérales. L'indication était double, par conséquent, et la coexistence du prolapsus traçait d'avance la voie à suivre. De fait, l'opération se fit très simplement, et l'utérus était assez abaissé pour qu'il fût possible de jeter une ligature en chaîne sur les deux ligaments larges. — Tout alla d'abord à souhait; au 7e jour, la température monta à 38°, l'état général devint mauvais, il y eut des vomissements, de la diarrhée; la température retomba pendant une période d'accalmie de plusieurs jours; puis les mêmes accidents reparurent sans qu'on pût démêler, à aucun moment, d'indication précise; enfin, malgré tous nos efforts, la malade succomba lentement au 27e jour, à cette infection de marche torpide. On trouva, en effet, à l'autopsie, toutes les lésions d'une péritonite, qui avait évolué sous cette forme étrange.

Les 20 autres opérées ont guéri sans autre incident que ces deux hémorrhagies, à la levée des pinces, dont je vous ai parlé, et qui n'eurent d'ailleurs aucune suite. Je dois signaler aussi, dans trois cas, chez des malades déjà d'un certain âge et de santé depuis longtemps délabrée, des accidents gastro-intestinaux assez tenaces, caractérisés par de la diarrhée, des vomissements, du ballonnement du ventre, sans qu'il y ait, d'ailleurs, d'élévation thermique, ni aucune réaction pelvienne : l'iodoforme ou le sublimé y sont peut-être pour quelque chose.

Il faut reconnaître, Messieurs, qu'un bon nombre de nos malades étaient dans un état général si précaire, et dans des conditions opératoires en apparence si défavorables, que le succès de l'intervention et la bénignité de ses suites étaient, de tout point, encourageants. Quelques faits de ce genre entraînent plus vite la conviction

que les plus brillantes statistiques, et valent mieux qu'un long exposé dogmatique.

Reste la dernière question, et, pourrait-on dire, la question principale, celle *des résultats lointains*. A part deux de nos malades, qui accusaient encore, au moment de leur sortie, une légère sensibilité abdominale, sans douleurs proprement dites, sans gêne de la marche, toutes les autres ne souffraient plus. Nous avons revu la plupart d'entre elles, mais la date de l'opération est, pour beaucoup, trop rapprochée; pourtant notre première malade est aujourd'hui opérée depuis 21 mois, et sa santé générale et locale n'a pas cessé, depuis, d'être parfaite; quelques autres le sont depuis 8 mois, 10 mois, et n'ont vu survenir aucune récidive douloureuse. L'avenir nous fournira des données plus précises.

Je ne veux rien dire de plus, Messieurs, et je n'ai pas eu l'intention de remettre sous vos yeux toutes les pièces du procès: le dossier est aujourd'hui trop volumineux, et il vous sera trop facile de le consulter dans les discussions, les mémoires, les thèses de ces quelques dernières années. J'ai voulu, en toute sincérité, tirer avec vous quelques déductions pratiques des faits dont nous avons été témoins ensemble, et je les résume dans les réflexions que voici et qui, aujourd'hui, guident ma conduite :

1° S'il persiste le moindre doute sur la nature irrémédiable des lésions annexielles, d'un côté, la laparotomie, de ce fait seul, doit être préférée. — *Elle seule permet de voir, avant de sacrifier.*

2° En présence de lésions annexielles bilatérales, irrémédiables, si l'utérus est malade depuis longtemps, s'il est gros, fibromateux ou prolabé, l'hystérectomie devient l'opération de choix.

3° Dans les mêmes conditions, alors même que l'utérus n'est que peu malade, si l'état général est précaire, et si les lésions annexielles, par le fait de l'ancienneté, des adhérences, de poches suppurées multiples, sont de nature à faire prévoir une intervention abdominale longue et difficile, l'hystérectomie vaginale devient l'opération de nécessité. Si, par cette voie, il n'est pas toujours possible d'enlever tout, on réalise, au moins, avec un danger moindre, la besogne nécessaire, c'est-à-dire l'ouverture des abcès et l'établissement d'un large drainage

4° S'il manque et l'indication utérine et l'indication générale, la réponse est plus difficile, et c'est alors qu'intervient, pour une

grande part, le tempérament, autrement dit, les habitudes opératoires de chaque chirurgien. Par l'une ou l'autre voie, peut-être, l'opération, bien faite, donne des résultats immédiats et lointains à peu près semblables. Il n'en reste pas moins un fait, difficile à nier, c'est que, par le ventre, on voit mieux ce qu'on fait, et c'est pour cela que, dans les cas de cette dernière variété, je choisirais désormais, pour ma part, la laparotomie.

TABLEAUX.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
1	30 ans.	Couche il y a cinq ans. Souffre depuis lors; à plusieurs reprises, crises aiguës de pelvi-péritonite. Très amaigrie et cachectique.	L'utérus est enclavé et immobile, au milieu d'une masse qui remplit les deux culs-de-sac latéraux: masse mollasse, fixe, douloureuse.	7 avril 1893. Necker.	***Hystérectomie vaginale.*** — Section médiane antérieure, abaissement progressif et bascule du fond en avant. L'utérus enlevé, on ne voit plus, de chaque côté, qu'une épaisse gangue blanchâtre d'adhérences, dans laquelle on ouvre plusieurs poches à contenu séreux. Lavage et tamponnement.	Symphyse utéro-annexielle; poches multiples.	***Guérison.*** Sortie le 16 mai. Revue à plusieurs reprises : excellent état général, bonne mine, embonpoint. Plus de douleurs.
2	30 ans.	Trois couches et deux fausses couches. Début, il y a cinq ans, à la suite de la seconde fausse couche : douleurs, pertes blanches, irrégularités menstruelles. Soignée deux ans pour métrite.	Utérus gros, col ulcéré. Dans le cul-de-sac gauche, masse vaguement arrondie, grosse comme un œuf, fluctuante, très douloureuse, fixée et adhérente à l'utérus. Autre masse, moins volumineuse, à droite.	20 févr. 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** — Extraction d'une grosse poche ***purulente*** salpingienne, et d'un ovaire kystique, à gauche; d'une grosse trompe et d'un ovaire kystique, à droite. Durée : 1 heure.	Pyo-salpinx gauche; salpingo-ovarite ancienne, à droite.	***Guérison.*** Sortie le 25 mars.
3	22 ans.	En septembre, à l'Hôtel-Dieu, ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. Un mois après sa sortie, douleurs à droite.	Utérus très volumineux, col ulcéré. Dans le cul-de-sac droit, masse irrégulière, de consistance inégale, adhérente et douloureuse.	27 février 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** — Utérus très long, très adhérent, et de tissu très friable. A droite, masse friable, épaisse, qu'on enlève avec la moi-	On retrouve, au niveau de la corne utérine gauche, le fil de soie qui a servi à lier le pédicule des annexes gauches.	***Guérison.*** Sortie le 18 avril. Ne souffre plus. Revue fréquemment depuis.

		pertes en blanc et en rouge.			tié droite de l'utérus. et dans laquelle on distingue la trompe dilatée et l'ovaire kystique.		
4	31 ans.	Une couche, il y a dix ans. Une fausse couche en 1893. Souffre depuis longtemps, surtout à droite. Pertes blanches. État général précaire.	Dans les culs-de-sac latéraux, masses irrégulières, immobiles, mollasses, très douloureuses. Gros utérus, à col ulcéré et enclavé.	3 mars 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — A droite, masse tubo-ovarienne, ramollie, d'aspect caséeux, infiltrée de pus. A gauche, grosse trompe, de contenu purulent, et ovaire kystique.	Pyo-salpinx double.	*Guérison.* Sortie le 16 avril.
5	34 ans.	Souffre depuis trois ans, hémorrhagies très abondantes se prolongeant deux et trois semaines. Pertes blanches, écoulement d'un liquide roussâtre et fétide. Très anémiée.	Utérus volumineux, irrégulier, débordant de deux travers de doigt la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, grosse masse fluctuante, qui se prolonge des deux côtés, et surtout à gauche.	8 mars 1894.	*Hystérectomie vaginale.*—Section médiane et morcellement de l'utérus, fibromateux Ouverture large d'une grande poche purulente à gauche, et excision d'une partie de sa paroi. Ablation des annexes droites.	Pyo-salpinx, à gauche; salpingo-ovarite ancienne et suppurée, à droite.	*Guérison.* Sortie le 9 avril.
6	36 ans.	Deux couches. Il y a douze ans, après la seconde couche, accidents graves de pelvi-péritonite. Depuis, règles irrégulières, d'abondance anormale; pertes blanches. Douleurs de plus en plus vives.	Utérus volumineux; col gros et ulcéré (depuis longtemps soignée pour métrite). En arrière et des deux côtés, masse irrégulière, mollasse, fluctuante par places, douloureuse, fixe, qui encadre l'utérus.	17 mars 1894.	*Hystérectomie vaginale par morcellement.* — Il s'écoule une notable quantité de pus, provenant des annexes droites: ablation de la trompe et de l'ovaire, de ce côté: poche tubo-ovarienne purulente. — Décortication et ablation de sannexes gauches: poche purulente tubo-ovarienne.	La paroi utérine contient elle-même, près de la corne droite, un petit foyer purulent. Pyo-salpinx double.	*Guérison.* Sortie le 17 mars.

Nos	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
7	32 ans.	Couche, il y a trois ans et demi. Souffre, depuis lors, des deux côtés du ventre. Règles très douloureuses; pertes blanches. Curettage antérieur, qui n'a produit qu'une amélioration toute passagère.	Gros utérus, gros col ulcéré. Dans le cul-de-sac gauche et en arrière, trompe volumineuse, prolabée, adhérente, douloureuse. A droite, autre masse, de mêmes caractères, quoique moindre.	14 avril 1894.	***Hystérectomie vaginale.*** **— Ablation totale des annexes de deux côtés.**	**Salpingo-ovarite double : trompes épaissies, friables, à contenu purulent, ovaires kystiques.**	***Guérison.*** **Sortie le 21 mai.**
8	39 ans.	Couche il y a quinze ans. Pelvi-péritonite, en 1887. Souffre depuis lors. — Métrorrhagies. — Alitée depuis six semaines.	Gros utérus, col déchiqueté, lèvre postérieure adhérente à la paroi vaginale. Dans le cul-de-sac gauche, masse arrondie, peu fluctuante, plus grosse qu'une mandarine. A droite, masse allongée transversalement, adhérente à l'utérus.	21 avril 1894.	***Hystérectomie vaginale, morcellement.*** **— Extraction totale des annexes des deux côtés : rupture d'une poche purulente tubo-ovarienne gauche.**	**Pyo-salpinx gauche, salpingo-ovarite chronique droite.**	***Guérison.*** **Sortie le 21 mai.**
9	38 ans.	Couche il y a quatorze ans. Douleurs, à gauche, depuis six mois; puis à droite. Crise aiguë, fébrile, il y a six semaines.	Utérus moyen, col petit. Au palper hypogastrique, à droite, masse arrondie, mollasse, qu'on retrouve remplissant le cul-de-sac droit, et en	26 mai 1894.	***Hystérectomie vaginale.*** **— L'utérus ne s'abaisse qu'avec les plus grandes difficultés; rupture d'une poche salpingienne droite et écoule-**	**Pyo-salpinx droit. Salpingo-ovarite chronique gauche.**	***Guérison.*** **Sortie le 4 juillet. Ne souffre plus; état général considérablement amélioré.**

					extraction partielle des annexes droites, les parois de la poche rompue étant, sur certains points, de décortication impossible.		
10	36 ans.	A 18 ans, une couche. Souffre depuis, règles irrégulières, pertes blanches. Depuis un mois et demi, douleurs extrêmement vives, surtout à droite, ménorrhagie; affaiblissement progressif.	Col énorme. En arrière, masse douloureuse, fluctuante, grosse comme une châtaigne, perceptible aussi au palper hypogastrique. A droite, cordon épais, dur et douloureux.	9 juin 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Extraction totale des annexes des deux côtés.	Des deux côtés, gros kyste tubo-ovarien, contenant du liquide séreux, à droite, louche, à gauche,	*Guérison.* Sortie le 7 juillet, ne souffrant plus.
11	34 ans.	Ablation d'une salpingo-ovarite gauche, en septembre 1893. A recommencé à souffrir, à droite. Pertes abondantes en blanc et en rouge.	Gros utérus. A droite, masse irrégulière, mollasse, adhérente, très douloureuse.	11 juillet 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Ablation des annexes droites.	Utérus fibromateux, au niveau de son fond. Grosse trompe, épaisse et friable. Ovaire kystique.	*Guérison.* Sortie fin juillet.
12	25 ans.	Deux couches et une fausse couche. Les accidents datent de la dernière couche, il y a deux ans. Douleurs continues, plus vives et nécessitant l'alitement depuis deux mois. Pertes abondantes en blanc et en rouge.	Gros utérus, col ulcéré. A droite, masse ovoïde, fluctuante, douloureuse. A gauche, autre masse, plus grosse, fluctuante, peu douloureuse.	24 juillet 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Ablation des annexes des deux côtés; écoulement d'une notable quantité de pus, provenant d'une poche tubaire droite.	Pyo-salpinx droit. A gauche, salpingite chronique, et kyste ovarien, contenant un demi-litre de liquide séreux.	*Guérison.* Sortie le 29 août.

N°.	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
13	20 ans.	État général très précaire; pâleur, amaigrissement, troubles digestifs. Long passé utérin malgré son âge : fausses-couches; crises répétées de pelvi-péritonite. Métrite ancienne.	Utérus gros, enclavé dans une énorme masse bilatérale, qu'on sent à la fois par le vagin et par le ventre; — masse de consistance inégale, fluctuante par place, très dure ailleurs, fixe et partout adhérente.	31 juillet 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — D'une difficulté extrême. L'utérus ne s'abaisse nullement, et se déchire à la moindre traction. On l'extrait par lambeaux. Du pus s'écoule, en abondance, des poches annexielles, qui sont ouvertes et excisées en partie. Bl. de la vessie.	Pyo-salpinx double et suppuration pelvienne diffuse.	*Mort* le 4 août. On s'aperçoit, à l'autopsie, qu'il existe aussi une étroite perforation du rectum.
14	31 ans.	Deux couches. Début il y a trois ans. Douleurs plus vives, depuis un mois.	Utérus moyen. A droite, masse volumineuse, tendue, fluctuante, prolabée et adhérente dans le cul-de-sac postérieur. A gauche, empâtement douloureux : grosse trompe prolabée et fixe.	21 août 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Extraction des annexes, des deux côtés.	Gros hydrosalpinx droit. Salpingo-ovarite chronique, gauche, très adhérente.	*Guérison.* Sortie le 18 septembre, en excellent état général.
15	26 ans.	Deux couches. Souffre depuis la dernière (un an). Douleurs, surtout à droite, qui empêchent à peu près complètement la marche. Pertes blanches abondantes.	Gros utérus, col ulcéré. A gauche et en arrière, masse épaisse, du volume apparent d'une forte châtaigne, douloureuse; à droite, autre masse, moins douloureuse et un peu moins grosse.	31 août 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Extraction totale des annexes, des deux côtés.	A droite, volumineux kyste sanguin dans l'ovaire, et hydrosalpinx. — A gauche, grosse trompe bosselée et adhérente, à contenu purulent. — Ovaire kystique.	*Guérison.* Sortie le 3 octobre.

16	25 ans.	Deux couches, la dernière il y a deux ans. Souffre surtout depuis un an; gêne de la marche. Leucorrhée abondante; crises douloureuses. Affaiblissement général; très nerveuse.	Gros utérus, col mou et ulcéré. A gauche et en arrière, tumeur arrondie, grosse comme une châtaigne, tendue, douloureuse. A droite, masse bosselée, empâtée, aussi douloureuse.	4 sept. 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Extraction totale des annexes, des deux côtés.	Salpingo-ovarite chronique double. — Trompes épaissies et friables, ovaires kystiques. Adhérences.	*Guérison.* Sortie le 3 octobre.
17	45 ans.	Deux couches et une fausse couche. Souffre du ventre, depuis six ans; surtout à droite. Marche très difficile, selles et miction difficiles et douloureuses,	Utérus gros, immobilisé. Les culs-de-sac latéraux sont remplis par une gangue épaisse, dure, tendue, adhérente, douloureuse, au milieu de laquelle on ne distingue ni l'ovaire ni la trompe.	10 sept. 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Très difficile. L'utérus ne s'abaisse nullement Morcellement. Extraction des annexes des deux côtés.	Poche tubo-ovarienne, à contenu purulent, à droite. Grosse trompe à gauche. Ovaires kystiques.	*Guérison.* Sortie fin octobre.
18	20 ans.	Une couche et une fausse couche. Depuis cette dernière (il y a un an), douleurs continues, surtout à droite. Marche très difficile.	Utérus énorme. A droite, tumeur mollasse, de surface assez régulière, grosse comme une châtaigne, très douloureuse. A gauche, autre tumeur, dure, adhérente à la paroi pelvienne et à l'utérus, et se prolongeant en arrière.	12 sept. 1894.	*Hystérectomie vaginale.* — Extraction totale des annexes des deux côtés.	Trompes volumineuses, bosselées, à paroi épaissie et friable, contenant un peu de liquide purulent. Ovaires polykystiques.	*Guérison.* Sortie le 6 octobre.

N°	AGE.	SIGNES FONCTIONNELS.	EXAMEN CLINIQUE.	DATE DE L'OPÉRATION	OPÉRATION.	LÉSIONS CONSTATÉES.	RÉSULTATS.
19	30 ans.	Souffre depuis longtemps. Pertes blanches. Irrégularités menstruelles et ménorrhagies. Difficulté très grande de la marche. Pâleur, troubles digestifs, état général peu satisfaisant.	Utérus de volume moyen. Dans le cul-de-sac gauche, grosse poche fluctuante et douloureuse. A droite et en arrière, masse, du volume d'une noix, douloureuse, adhérente et entourée d'une zone d'empâtement diffus.	19 sept. 1894.	***Hystérectomie vaginale.* — En décortiquant les annexes gauches, on attire la partie supérieure du rectum, qui est perforé. La perforation, de la largeur d'une lentille, est immédiatement suturée. Décortication pénible et ablation des annexes gauches.**	**Salpingo-ovarite chronique double très adhérente. Hémato-salpinx gauche, rompu et suppuré.**	***Guérison.* Sort fin octobre.**
20	37 ans.	Six couches, les trois dernières très difficiles. Fin septembre, arrêt menstruel brusque, violentes douleurs abdominales, fièvre.	En arrière, grosse masse, très douloureuse, arrondie, qui se prolonge dans le cul-de-sac gauche, et paraît très adhérente. A droite, bride épaisse et tendue.	11 octob. 1894.	***Hystérectomie vaginale.* — Utérus gros et friable. Il s'écoule, d'une grande poche, située à gauche de l'utérus, une grande quantité de sang liquide, de caillots et de pus. Le pavillon de la trompe gauche, dilaté et rompu, est confondu avec les parois de la poche. Extraction des annexes des deux côtés.**	**Gros utérus, surtout épais et fibromateux au niveau du fond. Hémato-salpinx suppuré, à gauche; salpingo-ovarite chronique suppurée, à droite.**	***Mort* le 12 octobre.**

21	33 ans.	Métrite il y a dix ans. Début brusque des douleurs après les règles, il y a quatre mois. Continuent depuis, surtout à droite.	A droite, tumeur très mobile, bosselée, grosse comme une mandarine, que l'on retrouve dans le cul-de-sac droit. Dans le cul-de-sac gauche, empâtement douloureux.	15 nov. 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** — Extraction totale des annexes des deux côtés.	Trompes épaissies et contournées, à contenu purulent ; adhérences à gauche. Ovaires kystiques.	Sortie ***guérie*** le 4 décembre.
22	45 ans.	Début des douleurs, il y a quatre ans : métrorrhagies abondantes, qui durent deux mois. Depuis, répétition fréquente des pertes de sang ; leucorrhée ; aggravation des douleurs.	Prolapsus utérin au début. — Utérus rétrofléchi. En arrière et à gauche, grosse masse arrondie, dure, douloureuse, collée à la paroi utérine. Autre masse, à droite.	24 nov. 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** — Facile, l'utérus étant en partie prolabé. Extraction des annexes des deux côtés. — Ligature en chaîne des deux ligaments larges.	Salpingo-ovarite double, ancienne, suppurée : ovaires kystiques ; trompes dilatées, à contenu purulent.	***Mort*** le 18 décembre au 25ᵉ jour.
23	26 ans.	Fausse couche il y a quatre ans, suivie d'accidents graves. Souffre depuis lors. A plusieurs reprises, phénomènes de pelvi-péritonite. Douleurs très vives ; nécessité de l'alitement.	Gros utérus. A gauche, énorme masse, fluctuante et douloureuse, qu'on retrouve au palper hypogastrique. Autre masse aussi très volumineuse, mais plus compacte à droite et en arrière.	6 déc. 1894. Pitié.	***Hystérectomie vaginale.*** L'utérus s'abaisse avec difficulté ; adhérences étendues et tenaces ; section médiane et morcellement. Il s'écoule une grande quantité de pus, provenant surtout des annexes gauches. Ablation des annexes des deux côtés.	Pyo-salpinx double, et suppuration pelvienne péri-annexielle.	***Guérison.*** Sort fin décembre ; ne souffre plus ; excellent état général.

VII

POLYPES ET FAUX POLYPES UTÉRINS

Polypes muqueux : forme élémentaire. — Polypes de diagnostic plus complexe : *a*, polypes intra-utérins, *b*, énormes polypes utéro-vaginaux. — Le pédicule de ces gros polypes fibreux est souvent très mince; manœuvre de la rotation sur place. Il est souvent fibro-sarcomateux; récidives. Exemples. — Faux polypes placentaires; les différentes variétés de la rétention placentaire : *a*, débris informes, ramollis et putréfiés; *b*, placenta tout entier, qui reste adhérent et vivant; c, fragments de placenta, sous forme de pseudo-polypes, émergeant du col; *d*, fragments de placenta, sous forme de polypes intra-utérins. Exemples. — Les polypes dits fibrineux. — Ce qu'on appelle les polypes placentaires malins : déciduomes malins. — Diagnostic.

Messieurs.

Nous venons de faire ensemble un diagnostic et une intervention fort simples. Une femme de 37 ans, vigoureuse et de bonne mine, nous était entrée, hier, salle Lisfranc, pour des désordres utérins remontant à six mois. Elle avait ressenti d'abord des douleurs vagues, puis d'intensité croissante, dans le ventre, dans les régions inguinales et lombaires : une leucorrhée abondante n'avait pas tardé à se montrer, enfin, depuis deux mois, elle perdait du sang, et, pour être de quantité journalière médiocre, les hémorrhagies n'en étaient pas moins continues.

Le toucher vaginal donnait tout de suite l'explication de ces accidents. On trouvait, à la partie supérieure du vagin, une tumeur ovoïde, à peu près grosse comme un œuf, de consistance mollasse, libre et mobile de tous les côtés, et qui se prolongeait, par un pédicule arrondi, jusque dans l'intérieur de la cavité cervicale. — On ne la suivait pas plus haut, et le pédicule paraissait s'implanter largement sur la paroi latérale droite du col.

Au spéculum, la tumeur apparaissait d'un rouge vif, lisse de surface, et il était facile, en exerçant sur elle une légère traction, de vérifier nettement le siège de son attache.

C'était donc un polype utérin, un polype muqueux[1], inséré sur

1. Voy. A Comet. Polypes muqueux de l'utérus. *Thèse doct.* 1889.

la muqueuse du col, un polype banal, en somme, mais qui se présentait avec un ensemble de caractères assez complet et assez classique, pour servir de type clinique. Il fut saisi avec une pince, et sectionné ras, aux ciseaux, au niveau de son implantation cervicale. Vous avez vu que cette éradication toute simple n'avait été suivie que d'un écoulement de sang fort minime, et vous avez pu vous convaincre qu'il est inutile de traiter ces pédicules avec autant de circonspection qu'on le faisait autrefois. Nous y reviendrons bientôt.

Un tamponnement iodoformé termina cette petite opération, et, six jours après, notre malade quittait l'hôpital.

Ici, tout a été élémentaire, et nous n'aurions à retenir de ce fait, et des quelques autres, du même genre, dont nous avons été témoins, que cette conclusion pratique, élémentaire aussi, mais qui vaut pourtant la peine d'être formulée : chez une jeune femme, de santé excellente, qui, sans cause appréciable, est atteinte brusquement de pertes de sang, peu abondantes, mais continues, *il faut songer au polype utérin — et le chercher*.

Mais la situation est loin d'être toujours, en pareil cas, aussi facile à dénouer; l'histoire des polypes utérins n'est pas toujours tracée en termes si simples : elle nous réserve des surprises, qui tiennent et au siège des polypes — et à leur volume et à leur nature.

Il y a des polypes — et ce sont quelquefois ceux qui provoquent les plus bruyantes réactions fonctionnelles — qui restent *inclus*, cachés, masqués, *dans la cavité utérine*, le long de ses bords, près de l'une de ses cornes, ou qui n'en sortent qu'à certaines heures, à certaines époques. — Il y a des polypes *énormes, qui remplissent le vagin*, et qui ne sont reliés, assez souvent, à leur point d'origine, que par un long et mince pédicule. — Il y a, enfin, *des débris « déciduaux »*, susceptibles de revêtir, dans tous leurs détails, la forme et les caractères du polype le plus banal, et cela à une date assez lointaine de l'avortement ou de l'accouchement, pour que le lien pathogénique soit, en apparence, rompu. Ce sont les faux polypes, les pseudo-polypes, dont nous aurons à étudier les différents types : les hasards de la clinique nous en ont fourni d'ailleurs, au courant de l'année, de nombreux exemples.

I. — Il nous est arrivé plusieurs fois, au cours de nos hystérectomies vaginales, de rencontrer, sur la muqueuse utérine, un ou plusieurs polypes, peu volumineux, le plus souvent implantés en arrière et près des cornes, et qui, certainement, avaient joué leur rôle dans la pathogénie des douleurs et des hémorrhagies. Un utérus fibromateux était parsemé, sur toute sa cavité, de petits polypes fibreux, implantés les uns au-dessus des autres, comme des pois dans leur gousse.

L'histoire récente d'un polype fibro-muqueux, intra-cavitaire, inclus, est plus intéressante.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, qui était atteinte, depuis un an, de pertes sanglantes à peu près continues. Au toucher, on trouvait un col énorme, en battant de cloche, bosselé et ulcéré; le corps paraissait peu volumineux, l'hystéromètre pénétrait sans aucune difficulté et indiquait cinq centimètres et demi de cavité utérine: il se dirigeait en haut et en avant, et le manche devait être abaissé pour que l'introduction en fût complète. Introduit une seconde fois, il prit une direction inverse, et plongea dans une seconde cavité, oblique en bas et en arrière, et de même longueur. On eût conclu aisément à un cloisonnement utérin, d'autant mieux que la pseudo-cloison semblait continue et régulière, et qu'elle régnait sur toute la hauteur de la cavité.

Les deux commissures du col furent largement débridées, et l'hypothèse, plus probable, de polype intra-utérin, se trouva vérifiée. De fait, un gros polype, violacé de surface, mou et pyriforme, s'implantait sur le fond de l'organe, dont il occupait exactement le centre. Un peu aplati d'avant en arrière, il s'accolait intimement par ses bords latéraux aux deux parois correspondantes de l'utérus, et produisait cette apparente segmentation que nous avions constatée.

Il fut extirpé par M. Guillemot, après section simple du pédicule, aux ciseaux. Quinze jours après, la malade sortait guérie. C'était un polype fibro-muqueux.

Les exemples de ces polypes latents, méconnus, ne sont pas rares; ils font ressortir la nécessité, dans tous les cas douteux, d'un examen endo-utérin complet, dont la dilatation cervicale est le temps préliminaire. Et nous sommes loin de l'époque où cette exploration si simple était tenue pour une manœuvre extrêmement dangereuse.

Cette pratique enlève beaucoup de leur intérêt à cette forme spéciale de polypes utérins, qu'on avait décorés, avec Larcher et Demarquay, du titre de *polypes intermittents*. Il ne paraît pas douteux que tout polype, inséré près du col ou sur le segment inférieur de l'utérus, n'ait tendance à s'insinuer entre les lèvres du museau de tanche et à se glisser jusque dans le vagin, dès que l'orifice cervical s'ouvre un peu largement. Or, si cette déhiscence du col coexiste à l'état physiologique, avec les périodes menstruelles, sur un utérus malade, elle peut être permanente, ou se montrer à des époques très irrégulières. Aussi vous arrivera-t-il de trouver, longuement hernié hors du col, pendant et ballottant dans le vagin, tel polype, qui, la veille ou quelques jours avant, était à peine accessible à la pulpe du doigt, entre les lèvres du museau de tanche.

II. — J'arrive à une seconde variété clinique de polypes, qui appartiennent tous au groupe des polypes fibreux, et qui, loin de rester inclus dans la cavité utérine, *sont tout entiers dehors*, si je puis dire, occupent et distendent le vagin, et font relief entre les lèvres vulvaires.

Ce sont les *énormes polypes* que M. Pozzi décrivait en 1885[1]. Je ne saurais vous en donner de meilleur exemple que celui-ci.

La grosse tumeur fibreuse, que je vous présente, figurait, entre les grandes lèvres de la malade, comme une volumineuse tête de fœtus. Il s'agissait d'une femme de 44 ans, que j'opérai, ici, en 1892, dans le service de M. le docteur Polaillon. En 1890, notre malade, qui, depuis quelque temps, souffrait de douleurs lombaires et d'une sensation de pesanteur dans le bassin, était prise d'une hémorrhagie abondante. Depuis lors, les règles conservèrent ce caractère hémorrhagique : la malade devait s'aliter, elle perdait de volumineux caillots. Entre temps, la leucorrhée était continue, et revêtait parfois la forme de véritables débâcles d'un liquide clair et transparent. Il y a trois mois, l'hémorrhagie reparaît, résiste à tous les traitements, et dure encore, en août 1892.

Ajoutons que, depuis longtemps, la constipation était opiniâtre. A plusieurs reprises, pendant les efforts, la malade a vu appa-

1. Pozzi. Énormes polypes utéro-vaginaux. *Revue de chirurgie*. 1885.

raitre à la vulve une tumeur blanchâtre, une sorte de gros œuf, qui semblait tout prêt à sortir. De plus, il lui est arrivé maintes fois de sentir, en se remuant, une sorte de ballottement, et comme le choc d'un corps pesant, qui se déplaçait dans son vagin. Depuis trois mois, ces sensations étranges, que la malade décrit, d'ailleurs, très nettement, ont disparu, et la masse parait immo-

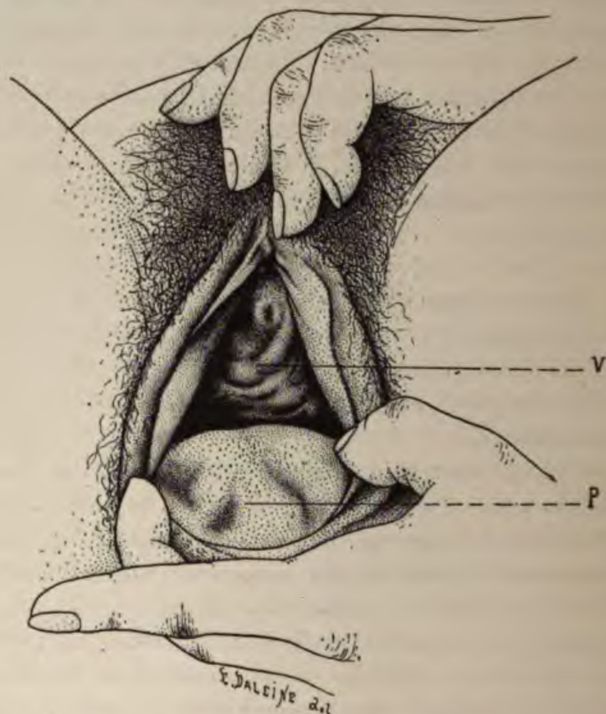


Fig. 125. — Polype fibreux utéro-vaginal. — V, paroi antérieure du vagin. — P, polype.

bile et fixée. Elle est devenue trop grosse pour basculer sur elle-même et se mouvoir.

De fait, elle est énorme. Il suffit d'écarter un peu les grandes lèvres, pour apercevoir une tumeur arrondie, sphéroïde, un peu irrégulière de surface, d'une coloration grisâtre, qui distend l'anneau vulvaire et proémine, dès que la malade fait un effort (Fig. 125). Tout le vagin est rempli, et c'est avec peine que l'on arrive à insinuer le doigt entre le pourtour de la tumeur et la paroi du conduit : on se rend aisément compte qu'elle est parfaitement libre, sur

toute sa périphérie, et qu'elle se prolonge vers l'utérus en s'amincissant un peu; mais il est impossible de faire pénétrer l'index jusqu'au col. Le palper hypogastrique permet de reconnaître un utérus un peu volumineux, dont le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Polype fibreux de l'utérus, à développement vaginal : tel fut notre diagnostic; et le 11 août, je procédai à l'intervention suivante, qui ne laissa pas que d'être laborieuse. La tumeur fut d'abord saisie, entre les mors d'un petit forceps, à dents de brochet, après que chacune des branches eut été mise en place isolément. Je m'assurai que le polype se prêtait à un mouvement de rotation étendu, autour de son pédicule profond et encore inaccessible, et je le fis tourner sur place, sans aucune difficulté, d'au moins 135° : j'étais dès lors certain que le pédicule était étroit. Je poursuivis ce mouvement de rotation sur place et de torsion, et j'acquis bientôt la certitude que la tumeur ne tenait plus dans la profondeur. Ce n'était là qu'un premier temps : le second, l'extraction, devait être fort pénible.

La grosse tumeur s'était creusé une véritable loge, dans le vagin; elle en avait distendu la paroi postérieure, derrière la fourchette, et la traversée périnéo-vulvaire devenait un accouchement laborieux. Je dus recourir à une manœuvre obstétricale bien connue, en relevant fortement les branches de mon forceps, pour dégager peu à peu *la tête* en arrière : enfin elle céda, sans que nous ayons eu besoin de débrider la vulve.

Le polype, ovoïde, portait, à son pôle supérieur, un pédicule à peine gros comme le petit doigt, et qui allait s'insérer sur la paroi postérieure de la cavité utérine, à travers un col largement dilaté : il s'était laissé rompre aisément, par la simple torsion, et avait cédé, à peu de distance de son point d'attache.

Les suites de l'intervention furent très simples et la malade sortait, bien guérie, le 25 août.

J'appelle votre attention, Messieurs, sur *cette gracilité toute particulière du pédicule* : le contraste est frappant entre l'énorme tumeur et cette tige étroite et mince. Le fait est, d'ailleurs, d'observation courante, dans ces gros polypes fibreux, et cette manœuvre de la rotation sur place permet de se renseigner assez exactement, quand l'exploration directe est impossible, sur l'état

des connexions profondes. Les vaisseaux du pédicule sont, en général, de médiocre calibre et d'occlusion facile : la torsion simple ou la section aux ciseaux s'exécutent sans danger.

Vous rencontrerez pourtant de gros polypes fibreux, *largement implantés sur la paroi utérine*, et dont l'éradication sera fort difficile. Autrefois, l'excision partielle, avait été, pour les cas de ce genre, érigée en méthode[1]. Il est probable que, par le morcellement, les plus grosses tumeurs se prêteraient à l'extirpation totale : encore vaudrait-il mieux recourir à l'hystérectomie, que de laisser un moignon de polype de quelque longueur. Et voici pourquoi.

L'examen histologique des pédicules m'a montré plusieurs fois que la structure n'en était pas la même que celle de la masse principale. Le polype est essentiellement formé de faisceaux fibreux, entremêlés de fibres lisses, enroulés et pelotonnés, et revêtant l'aspect ordinaire des fibromes interstitiels ; entre ces nappes fibreuses sont groupés des amas de noyaux embryonnaires, d'abondance variable, suivant les points et suivant les tumeurs. Or, dans le pédicule, et près de la surface d'implantation, les éléments jeunes deviennent prédominants : c'est un véritable *tissu de sarcome en pleine activité, et tout prêt à servir de foyer de repullulation.*

Ainsi en était-il chez une femme d'une quarantaine d'années, que je vis opérer, une première fois, en 1889, une seconde, en 1890. Le polype, très volumineux, s'étalait dans le vagin : la section fut faite, aussi haut que possible, avec l'écraseur linéaire ; mais ceux d'entre vous qui ont assisté à l'application de l'appareil de Chassaignac, savent bien que la chaîne glisse presque toujours, et que la section ne porte jamais exactement au niveau d'implantation. L'opérée guérit fort bien : mais elle revenait, l'année suivante, avec une tumeur de même forme et de volume presque égal. L'examen du pédicule, extirpé, cette fois, tout entier, me permit de relever cette texture spéciale, dont je vous parlais il y a un instant, et qui suffirait à expliquer la récidive. Depuis lors, aucune tumeur nouvelle ne s'est montrée, et la guérison paraît définitive.

Jusqu'ici, quelles qu'en soient les différences de forme ou de nature, nous avions affaire à des polypes proprement dits.

La situation et les apparences cliniques sont toutes semblables.

1. Voy. Browkillo. De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule. *Thèse doct.* 1881.

mais la pathogénie est tout autre, dans la seconde série des faits. En voici le meilleur exemple.

III. — Une femme de 37 ans entre salle Lisfranc, le 6 mars 1894. Mariée à 20 ans, elle a eu six enfants : le dernier accouchement remonte à *quatre mois*, et n'a été suivi d'aucun incident. Brusquement, il y a trois jours, la malade a été prise d'une métrorrhagie abondante, qui, depuis, a continué, tout en s'atténuant. D'ailleurs, elle ne souffre pas, le ventre est souple, et le fond de l'utérus n'est pas accessible au palper hypogastrique.

Au toucher, on trouve un col gros, mou, un peu ulcéré sur son tiers postérieur ; dans l'orifice ouvert, le doigt rencontre une tumeur arrondie, mollasse, de surface irrégulière, friable ; il la suit jusque dans la cavité utérine, et se rend aisément compte, qu'elle vient se fixer par un pédicule épais, assez long, sur la paroi postérieure. La tumeur est libre sur tout son pourtour, et, n'était la sensation particulière qu'elle donne au palper, *elle aurait, au grand complet, tous les caractères du polype muqueux.*

Au spéculum, toute hésitation devient impossible : la masse polypeuse est *d'un rouge noirâtre, feutrée, comme chiffonnée :* c'est, à n'en pas douter, un débris placentaire. Du reste, après les soins préliminaires, on procède immédiatement à l'extraction, et l'on ramène, à la curette, un gros bloc de ce même tissu noirâtre, granuleux, filamenteux qu'on reconnait, de toute évidence, pour du placenta. Le curettage achevé, l'utérus et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée. Dix jours plus tard, la malade sortait, guérie.

L'histoire n'est pas neuve, en clinique ; elle vaut la peine qu'on s'y arrête : et tout de suite, je veux insister sur *cette rétention placentaire partielle, qui demeure latente durant quatre mois, et se révèle soudain par une violente hémorrhagie.* La thèse de Wisart[1] contient une observation toute semblable : une femme de 33 ans, mère de cinq enfants, fait une fausse couche de cinq mois. Depuis ce temps, elle souffre beaucoup de douleurs de reins, pesanteur dans le ventre, anémie, dyspepsie. Les règles sont supprimées, mais la malade a d'abondantes pertes blanches. *Trois mois plus tard,*

1. Voy. Wisart. De l'intervention chirurgicale dans la rétention placentaire, *Thèse doct.*, 1888.

étant à son travail, elle perd connaissance à la suite d'une hémorrhagie utérine et on la ramène chez elle. Elle se plaint de tranchées violentes et perd continuellement du sang. Au toucher, le col est entr'ouvert ; dans son orifice, se présente une tumeur molle, volumineuse, analogue comme consistance à un placenta. Extraite avec les doigts, malgré quelques adhérences assez fortes à la partie supérieure droite de l'utérus, cette tumeur se montre bien constituée par un placenta, lequel a subi un degré d'organisation assez avancé, puisque, quatre mois après l'avortement, il ne présente aucune trace de décomposition.

Ces *faux polypes* ont donné lieu à maintes études[1], on en a multiplié les variétés, et la question élargie, et devenue celle des « Déciduomes » en général, ne laisse pas que d'être fort complexe. En pratique, voici sous quelles formes se présentent, à nous chirurgiens, *les rétentions placentaires*, qui suivent l'accouchement ou plus souvent l'avortement. Plus de quinze faits de ce genre ont passé sous nos yeux, dans le courant de l'année, et nous permettront de parler par exemples.

Le type le plus banal, et dont l'observation est journalière, est représenté par *la rétention de débris placentaires informes, à demi détachés, et qui, très vite, se ramollissent, se putréfient et deviennent l'origine d'accidents septiques graves*. Sous ce rapport, il me semble exact de dire que la fausse couche des premiers mois entre, pour une part considérable, dans la pathogénie des affections utéro-salpingiennes. D'après une statistique de Genesteix[2], sur 54 cas d'avortement observés à l'hôpital de la Charité, on note 27 cas de rétention du placenta. Il n'est pas invraisemblable que la proportion soit plus forte encore, dans certains milieux, dans certaines conditions, qui se présentent souvent, à Paris, par exemple, et où les soins manquent presque totalement. Comment ne pas le croire, alors que nous voyons l'accident se produire, chez des femmes qui, semble-t-il, auraient dû en être préservées. Une malade de 26 ans nous est amenée, en janvier 1894, pâle, affaiblie, perdant du sang depuis deux jours : le 17, elle a fait une fausse

1. Voy. en particulier, Anna Klasson. Contrib. à l'étude des faux polypes de l'utérus. *Annales de gynécologie*, 1889, p. 105. — Paul Jaeglé. Les polypes placentaires. *Thèse de Lyon*, 1895.
2. Genesteix. Du traitement de l'avortement. *Thèse doct.*, 1886

couche de trois mois : elle a été soignée par une sage-femme. Nous trouvons dans l'utérus, *le placenta tout entier*. Nous citerons, tout à l'heure, un autre fait analogue, où l'on avait négligé de faire la moindre tentative de délivrance : pourtant l'erreur avait été, ici, moins préjudiciable, car le placenta était resté adhérent, et la malade ne souffrait pas et ne perdait pas de sang : l'absence d'involution utérine indiquait seule, au quatorzième jour, que la délivrance n'avait pas eu lieu.

Plus souvent, ce sont des fragments placentaires, que l'on trouve ainsi abandonnés, inclus, dans la cavité utérine ; et les malades se présentent avec tous les accidents de la métrite hémorrhagique ou d'une métro-salpingite grave. Trop heureux si le curettage et la désinfection utérine peuvent encore être efficaces. Les exemples en sont trop nombreux, pour que j'aie besoin de vous les rappeler.

Il arrive, plus rarement, que *le placenta reste tout entier adhérent*, qu'il conserve, semble-t-il, et ses connexions vasculaires et sa vitalité, et qu'il figure comme un volumineux corps étranger, greffé sur la muqueuse utérine.

Une femme de 41 ans, mère de huit enfants, entre dans nos salles, le 30 novembre dernier : le 16, elle a fait une fausse couche d'environ quatre mois, et de l'aveu des personnes qui l'ont assistée, le délivre est resté tout entier dans la cavité utérine. Du reste, elle n'en souffre nullement et, à part des pertes muco-sanguinolentes, qui persistent très abondantes, depuis lors, aucun incident ne s'est produit. Au palper hypogastrique, on trouve un globe utérin, qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, mais qui, sous la main, demeure indolent ; le toucher révèle un gros col, largement ouvert et ramolli ; l'hystéromètre pénètre de 15 centimètres dans la cavité utérine, et rencontre au niveau de la corne utérine gauche et en arrière, *une sorte de masse épaisse et friable, qui saigne sous la pression de l'instrument*.

Le curettage est pratiqué le 8 décembre : il fallut décoller, non sans peine, de la paroi interne de l'utérus, *tout un placenta*, d'apparence, de coloration, de consistance absolument normales, lisse et régulier, sur sa face superficielle, sillonné et « cotylédoné » sur sa face adhérente, aussi complet, en somme, aussi intact, que si l'avortement venait de se produire. Un suintement sanguin,

assez notable, suivit cette délivrance tardive « à la curette »; mais une large injection chaude et le tamponnement utérin en eurent facilement raison. — La malade sortit dans les premiers jours de janvier; l'utérus avait repris à peu près ses dimensions physiologiques, et l'involution s'achevait régulièrement.

La *rétention placentaire totale* ne remontait ici qu'à trois semaines; mais les caractères du placenta adhérent suffisaient à montrer qu'il eût pu rester en place longtemps encore, sans s'altérer davantage et sans provoquer d'autres réactions. On a cité des cas où la rétention s'était prolongée des semaines et des mois.

Plus souvent, on trouve *un fragment de placenta*, de volume variable, *en partie détaché, et qui revêt, d'une façon plus ou moins complète, l'aspect et les caractères physiques d'un polype utérin.* Ce sont *les polypes placentaires*, des auteurs, et je vous en donnais plus haut un exemple très frappant.

Remarquez bien qu'il ne s'agit nullement ici d'un produit pathologique nouveau et de je ne sais quel néoplasme développé aux dépens du placenta ou des membranes. Non : ces polypes, ces faux polypes plutôt, ne sont formés que de tissu placentaire, altéré, tassé, infiltré de sang, toujours reconnaissable, pourtant, et à l'œil nu et au microscope; leur forme seule, et les accidents qu'ils provoquent, justifient ce nom et cette assimilation. Il est important de déterminer la valeur du terme, qui n'a, en somme, qu'une signification clinique; nous parlerons plus tard des déciduomes proprement dits.

Or, ces pseudo-polypes sont susceptibles de revêtir, en pratique, des types différents et quelquefois étranges. On les constate peu de temps après l'accouchement ou la fausse couche, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois; et, dans cette dernière éventualité, leur présence s'est traduite parfois par la continuité et l'abondance des pertes. Ailleurs, ils sont demeurés latents, en quelque sorte, et *se révèlent brusquement, par une métrorrhagie inattendue, à une date lointaine*, où toute trace de l'accident primitif semble depuis longtemps effacée. C'est alors surtout qu'une interprétation exacte peut soulever de réelles difficultés. De fait, si l'avortement est récent, il est facile de rétablir les choses dans leur succession régulière. Vous avez pu vous en rendre compte, dans les deux observations que voici :

Une femme de 42 ans voit ses règles se suspendre, à partir du 1er octobre. Dans la première semaine de décembre, elle est prise subitement d'une abondante métrorrhagie, elle perd de volumineux caillots, et depuis lors, depuis huit jours, l'écoulement sanguin ne s'est pas arrêté. Nous trouvons, au fond du vagin, une tumeur oblongue, mollasse, qui se prolonge à travers le col entr'ouvert, et se poursuit par une sorte de pédicule, jusque dans l'utérus : au spéculum, la tumeur, le pseudo-polype, apparaît rougeâtre, saignante, plissée; aucun doute n'est possible sur sa nature véritable. Du reste, une légère traction la détache facilement, et vous vous êtes convaincus qu'il s'agissait bien d'un fragment placentaire, encapuchonné par une portion restante des membranes. Le curettage a ramené quelques autres débris; un mois après, la malade sortait, guérie.

L'erreur eût été plus explicable, dans un autre cas, plus récent. Une jeune femme de 27 ans vient se faire soigner pour des pertes, qui durent depuis trois semaines, et qui s'accompagnent de quelques douleurs dans le ventre et de tiraillements dans les reins. Avant cette date, elle était, nous dit-elle, très bien portante, mais les hémorrhagies répétées l'ont affaiblie et pâlie. On trouve, au toucher vaginal, un col ouvert, et, entre ses lèvres, une tumeur ovoïde, lisse, ferme, qui remonte dans la cavité utérine, et vient très nettement, par un pédicule assez mince, s'attacher sur la paroi postérieure. Jamais polype muqueux n'a donné sensations plus nettes (Fig. 126). Et ces pertes continues ne sont-elles pas aussi dans les allures ordinaires du polype intra-utérin? Du reste, c'est le diagnostic qui avait été déjà porté. — Or, à l'examen direct, les caractères du polype se modifiaient un peu : il était noirâtre, entouré d'une sorte de membrane feuilletée; il ressemblait beaucoup moins au polype fibro-muqueux, tel qu'il se présente d'ordinaire. Et puis, en interrogeant mieux la malade, on apprenait que, deux mois avant, elle avait eu un retard menstruel d'au moins deux mois, suivi d'une perte. — On excisa le polype, c'était bien un débris de placenta, et l'examen microscopique en fournit la



Fig. 126 — Faux polype placentaire.

preuve irréfutable; mais, en vérité, il jouait, ici, à s'y méprendre, son rôle de polype utérin.

Vous voyez, Messieurs, que, dans ce dernier fait, le faux polype n'avait révélé sa présence qu'après une période silencieuse assez longue, par une métrorrhagie tardive. Ce sont les cas de ce genre qui donnent le plus de prise aux interprétations erronées, et nous savons que cette période latente peut être prolongée. Chez une de nos premières malades, les pertes ne se sont montrées que quatre mois après l'avortement.

Il arrive encore que *le pseudo-polype placentaire soit inclus dans la cavité même de l'utérus*, inséré près du fond ou de l'une des cornes et qu'il crée au diagnostic de réelles difficultés. Nous avons vu ensemble, au commencement de l'année, un polype intra-utérin, de cette nature, et qui pouvait passer pour le type de ce qu'on a décrit, à tort, suivant nous, sous le titre *de polypes fibrineux*.

Vous vous souvenez de cette femme de 37 ans, maigre, pâle, d'apparence très précaire, mère de trois enfants, qui entrait salle Lisfranc, le 23 janvier 1894, et nous racontait l'histoire suivante:

Son dernier enfant a 6 ans. — Le 10 septembre 1893, à la suite d'une chute, nous dit-elle, elle a fait une fausse couche de quatre mois; elle fut soignée par une sage-femme, et se rétablit assez vite. Ses règles ne reparurent pas. Il y a un mois, elle a recommencé à perdre un liquide rougeâtre, d'odeur fétide: et, huit jours après, du sang, en quantité assez abondante; le moindre effort, la marche, rappelaient l'hémorrhagie, qui était devenue à peu près continue. Enfin, très anémiée, la malade se décidait à entrer à l'hôpital.

Elle est d'aspect très cachectique : son teint est d'une coloration jaunâtre, de mauvais augure. Elle se plaint de douleurs vives dans le ventre et dans les reins. Au toucher vaginal, on sent un col très gros, bosselé, dur, et qui imprègne le doigt d'une odeur fétide, très marquée. L'examen au spéculum semble confirmer ces premiers soupçons : le col apparaît, irrégulier, rougeâtre, ulcéré, et l'hypothèse d'un épithélioma commençant paraît de plus en plus probable. Elle cadre bien, du reste, avec l'état général; et, après une dizaine de jours d'observation, l'hystérectomie vaginale est pratiquée, le 3 février.

L'intervention a lieu sans incident et sans difficulté. L'utérus est

gros; le col ramolli et friable. En ouvrant la cavité utérine, on découvre, inséré près de la corne gauche et en arrière, le pseudo-polype, que vous voyez sur cette pièce (Fig. 127). Il mesure 2 centimètres et demi de long et 1 centimètre d'épaisseur; il est comme plissé et strié dans le sens de la longueur; cylindroïde, il se renfle en boule à son extrémité libre. Cette sorte de tête terminale est mamelonnée et noirâtre; le reste du polype est d'un jaune clair, lisse, homogène, *d'apparence fibrineuse*. Cette apparence est si frappante, que la dénomination de polype fibrineux nous a paru tout de suite la seule applicable.



Fig. 127. — Polype placentaire intra-utérin (d'apparence fibrineuse).

En réalité, il s'agissait bien d'un débris placentaire, décoloré, dans la majeure partie de sa longueur, encore infiltré de sang et de teinte noirâtre, au niveau de son extrémité renflée. L'examen histologique, pratiqué par M. Lévy, ne nous a laissé aucun doute [1].

Quant à notre malade, elle guérit sans incident, et sortait, le 7 mars, ne souffrant plus, et dans un état général très satisfaisant.

De quelque nom qu'on veuille les appeler, je pense qu'il y a lieu de faire une place à part, en clinique, à ces pseudo-polypes placentaires, endo-utérins; et l'exemple que je viens de vous rapporter, doit nous servir d'enseignement.

On a voulu, à la suite de Velpeau, Virchow, Kiwisch, Scanzoni, et de beaucoup d'autres, donner aux polypes fibrineux une entité réelle. « Ils se forment, écrit Mme Anna Klasson [2], aux dépens de

1. Ch. Lévy. Polype placentaire intra-utérin, d'apparence fibrineuse. *Soc. anatomique*, 8 fév. 1895.
2. *Loc. cit. p.* 109.

caillots sanguins se déposant, dans le cas le plus simple, sur les thrombus qui oblitèrent les sinus utérins après la délivrance. » Et encore : « Le dépôt de sang coagulé peut se faire sur un lambeau de caduque resté dans l'utérus (Cohnstein-Charpentier), ou autour d'un débris du placenta ; dans ce dernier cas, la différence entre un polype fibrineux et un polype placentaire ne sera qu'une question de degré : si le pédicule seul est formé par le tissu placentaire et la plus grande masse du polype par des couches de sang coagulé, on aura affaire à un polype fibrineux ; si la plus grande masse du polype est formée de tissu placentaire recouvert superficiellement d'une couche de fibrine, on parlera d'un polype placentaire ; et si les deux tissus concouraient à peu près dans la même proportion à la formation de la tumeur, on pourrait parler d'un polype fibrino-placentaire. »

Sans entrer sur un terrain qui n'est pas le mien, je dirai simplement que les faits de ce genre, que j'ai lus, ne m'ont pas semblé convaincants. Les caillots, qui s'organisent et qui figurent une tumeur polypeuse, me paraissent d'explication assez vague. D'ailleurs, sur notre pièce, nous trouvons une disposition inverse de la description théorique : c'est le pédicule du polype qui est décoloré et fibrinoïde, la partie libre et saillante a conservé son aspect placentaire. Peut-être faut-il chercher là, dans cette décoloration progressive, consécutive à la résorption du sang, le mode de production de la plupart des polypes dits fibrineux : en réalité, *ce sont des fragments placentaires, lentement modifiés, décolorés, et d'apparence fibrineuse*. Ce n'est pas assez pour en faire une catégorie spéciale, dans le groupe, assez complexe, vous le voyez, des rétentions placentaires et de leurs suites.

A côté de ces formes communes, bénignes, en somme, des polypes « déciduaux », il est une autre catégorie de faits, que je ne saurais qu'esquisser, mais dont l'importance est trop grande, pour que je n'appelle pas sur eux votre attention : je veux parler des *déciduomes malins*, de ce qu'on a appelé les polypes placentaires malins, sans trop de raison, car la forme polypeuse manque souvent, en pareil cas, ou n'est jamais qu'accessoire. Depuis la première observation de Maier[1], en 1876.

1. MAIER. *Über Geschwulstbildungen mit dem Bau des Deciduagewebes. Virchow's Archiv*, 1875. Bd. 67, p. 55.

Sänger[1] et Gottschalk[2] en Allemagne, Hartmann et Toupet[3], Nové-Josserand[4], Beach[5], en France, ont apporté à l'étude de cette question complexe des documents précis. Je ne saurais entrer dans le détail des faits ni dans la discussion pathogénique : ce qu'il nous importe de savoir, c'est qu'il s'agit là de tumeurs malignes, nées aux dépens de la caduque et du placenta, et qui se développent le plus souvent dans les mêmes conditions que les faux polypes placentaires. Elles se révèlent, d'ordinaire, peu de temps après un avortement ou un accouchement à terme, par une métrorrhagie : les pertes se succèdent, et deviennent bientôt d'une abondance inquiétante. L'utérus est constamment augmenté de volume ; « après la dilatation du col, on trouve la cavité utérine plus ou moins remplie de masses molles, pulpeuses, ressemblant à du tissu placentaire, et de caillots sanguins ».

Vous voyez que, jusqu'ici, les analogies sont fort étroites entre la rétention placentaire simple, si je puis dire, et le néoplasme décidual. La persistance et le retour des hémorrhagies, après le curettage, l'affaiblissement et la cachexie rapide, la marche brusquée des accidents, ont permis, quelquefois, de faire le diagnostic, et le permettront, sans doute, plus souvent, aujourd'hui que ce type étrange de néoplasme est mieux connu.

Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, il est du devoir de tout praticien de connaître ces formes malignes, puisque l'intervention précoce, l'hystérectomie vaginale, représente l'unique ressource, hélas ! bien précaire, de salut.

1. Sänger. *Über Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste Archiv f. Gynæk.* Bd. 44, 1893, p. 89.
2. Gottschalk. *Über das Sarcoma chorion deciduo-cellulare (Deciduoma malignum). Berliner Klin. Woch.* 1893, n° 4 et 5, *et Archiv f. Gynækologie.* Bd. 46.
3. Hartmann et Toupet. *Soc. Anatomique*, 26 oct. 1894.
4. Nové-Josserand et Lacroix. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, févr., mars et avril 1894.
5. Beach. Du déciduome malin. *Thèse doct.* 1894.

VIII

LES TUMEURS URÉTHRALES ET PÉRI-URÉTHRALES CHEZ LA FEMME.

Rareté des tumeurs proprement dites de l'urèthre, chez l'homme et la femme. — Polypes fibro-angiomateux de l'urèthre : isolés — en couronne, autour du méat — confluents sur toute la muqueuse. — Excision totale de la muqueuse uréthrale. — Tumeurs péri-uréthrales. — Un cas de fibro-myôme sous-uréthral; diagnostic différentiel : abcès et kystes du septum uréthro-vaginal. — Cancers uréthraux et sous-uréthraux. — Faits connus de sarcomes, de fibro-sarcomes et de fibro-myômes de l'urèthre. — Leurs formes cliniques; leur origine. — Nécessité d'étudier les cas dits exceptionnels.

Messieurs,

La muqueuse de l'urèthre est, de toute évidence, celle que les néoplasmes affectionnent le moins; elle se laisse envahir, assez souvent, par le cancer né des régions ambiantes, de la vessie, du pénis, chez l'homme, de la vessie, de l'utérus et du vagin, chez la femme; il est exceptionnel qu'elle soit elle-même le siège primitif et le point de départ des tumeurs. Chez l'homme, le cancer primitif de l'urèthre n'a jusqu'ici qu'une histoire assez pauvre, et, dans un mémoire de 1892, M. Witsenhausen[1] n'en relevait que quatre observations authentiques; il y ajoutait deux faits nouveaux, émanant de la clinique de Heidelberg. Nous avons vu, dans les premiers mois de l'année, un pauvre homme d'une trentaine d'années, atteint d'un énorme épithélioma de toute la région péno-scrotale; la verge et les bourses ne formaient plus qu'une masse bourgeonnante, l'urèthre était envahi, la miction difficile et souvent sanglante. Quelle avait été l'origine première de ce cancer diffus? Il eût été fort difficile de la préciser, mais nous avions tout lieu de croire que l'extension uréthrale avait été secondaire. Du reste, l'état général nous parut trop précaire, pour nous autoriser

1. O. Witsenhausen. *Das primäre Carcinom der Urethra. Beiträge zur Klin. Chirurgie.* Bd. VII, 1891.

à faire l'émasculation totale, seule ressource opératoire qui eût encore été de mise, en pareil cas[1].

Chez la femme, les tumeurs de l'urèthre semblent pourtant un peu moins rares. Il est d'abord une variété, toute bénigne, bien que fort tenace et de récidive fréquente, que vous observerez souvent, et dont nous avons vu ensemble plusieurs exemples : je veux parler de *ces polypes vasculaires*, depuis longtemps connus et sous les dénominations les plus bizarres. Mais les néoplasmes proprement dits, sarcomes, fibromes, myômes, épithéliomas, etc., se présentent aussi quelquefois; je vous en rappellerai un fait curieux, et nous verrons qu'il est souvent difficile de savoir s'il s'agit d'un néoplasme uréthral ou péri-uréthral.

Signalés par Morgagni, dès 1719, les polypes vasculaires de l'urèthre, variables de nombre, de forme, de volume, de siège, présentent toujours la même structure fondamentale, fibro-angiomateuse; qu'ils se nomment caroncules, avec Hunter, excroissances spongieuses, charnues ou variqueuses, avec Schützenberger, tumeurs cellulo-vasculaires, avec Dugès, hémorrhoïdes de l'urèthre, avec Hutchinson et le professeur Richet, ces appellations diverses[2] ne représentent que des différences d'aspect, une coloration plus ou moins foncée, une pédiculisation plus ou moins nette. Ce qui importe, c'est de nous souvenir qu'il s'agit de tumeurs essentiellement bénignes, mais très vasculaires, et susceptibles, par suite, d'un certain degré d'érectilité : ceci cadre bien avec quelques-uns des accidents locaux qu'elles provoquent.

En pratique, il y a lieu d'en distinguer plusieurs variétés, suivant leur siège et leur nombre.

1° *Les polypes isolés.* — Une seule petite tumeur vasculaire, d'un rouge vif, de surface lisse, largement implantée quelquefois, plus souvent appendue à un court pédicule; elle siège au méat ou dans la profondeur du canal. Au méat, et c'est là son habitat le plus commun, elle occupe de préférence le bord inférieur, la commissure postérieure de l'orifice, à telles enseignes qu'on a voulu attribuer cette localisation élective à la présence, sur la ligne médiane inférieure de l'urèthre, d'une

1. Chalot, Albarran : Extirpation de la verge et des bourses; émasculation totale. *Congrès de Lyon*, 1894. L'observation de M. Albarran a trait à un épithélioma primitif de l'urèthre, dont il n'existe, ajoute-t-il, que huit cas publiés.

2. Voy. pour la bibliographie, Jondeau, Étude sur les tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire, chez la femme. *Thèse doct.*, 1888.

petite crête raphéale très vasculaire, que Jarjavay avait signalée.

C'est là que vous trouverez d'ordinaire, à demi caché dans les plis muqueux du méat, et se détachant nettement par le rouge foncé de sa coloration, le polype vasculaire de l'urèthre. Souvent cette petite excroissance vous donnera seule l'explication de réactions fonctionnelles complexes, bien faites pour susciter de tout autres inquiétudes. Les malades souffrent, en général, et pendant la miction, et pendant les rapports sexuels; le nervosisme aidant, la situation peut devenir intolérable[1], et l'on rencontre de ces polypes du méat, dont le simple contact provoque de véritables crises.

Rappelez-vous, entre autres, cette jeune femme qui se présentait à nous, il y a quelques semaines, avec tous les signes d'une cystite confirmée, envies fréquentes, impérieuses, douloureuses, épreintes, gêne de la marche, de la station assise, douleurs pelviennes et lombaires. Que nous a révélé, en somme, l'examen direct? Un simple polype du méat. L'utérus était bien en place, il n'y avait aucun signe de métrite; l'urine était claire, et, une fois la tumeur extirpée, tout l'ensemble morbide ne tarda pas à disparaître. Laissez-moi conclure que l'examen direct est, partout et toujours, indispensable. De fait, vous pouvez lire, dans un certain nombre d'observations anciennes, que l'affection s'est révélée au cours d'un cathétérisme, pratiqué à couvert, et que les accidents uréthro-vésicaux avaient rendu nécessaire, croyait-on : la sonde était brusquement arrêtée, et par le polype endo-uréthral, et par la constriction spasmodique, que la douleur faisait naître aussitôt. L'exploration préliminaire eût évité ces douleurs et permis le diagnostic immédiat.

Pourtant, lorsqu'il existe, comme dans ces derniers cas, un *polype endo-uréthral, et quelquefois profond*, voisin du col de la vessie, les difficultés du diagnostic deviennent réelles; il est bon d'être prévenu, pour ne pas borner l'examen à l'orifice extérieur. Chez la femme, l'urèthre se laisse sans peine inspecter sur toute sa longueur. Du reste, l'endoscopie a rendu, chez l'homme, l'exploration endo-uréthrale presque aussi facile.

Il arrive que ces polypes isolés, endo-uréthraux, soient parfois

1. Guyon et Arnould. Polype de l'urèthre, accompagné de vaginisme et de ténesme uréthral intense; destruction du polype par le thermo-cautère; guérison. — *Annales des mal. des org. gén. urinaires*. 1890. VIII. 490, 495.

d'un certain volume. Velpeau n'a-t-il pas cité une tumeur de ce genre, grosse comme un œuf? Giraldès[1] n'a-t-il pas observé un polype volumineux de l'urèthre, chez une petite fille de trois ans? En 1889, M. Dubar (de Lille)[2] extirpait, chez une femme de 38 ans, une tumeur de ce genre, « du volume d'une châtaigne ». La malade en souffrait depuis six ans; elle perdait du sang, en assez grande abondance, depuis un mois. « Les grandes lèvres, très tuméfiées, sont accolées sur toute leur hauteur, écrit M. Dubar, sauf en haut, où elles sont séparées l'une de l'autre, par l'émergence d'une tumeur rouge, recouverte de pus.... Elle est nettement trilobée par la présence de deux sillons profonds. Elle se continue dans le canal de l'urèthre, dilaté et enflammé, par un pédicule, du volume d'une plume d'oie qui va s'implanter sur la paroi antéro-supérieure de l'urèthre, à environ un centimètre et demi de profondeur. L'extirpation fut pratiquée au serre-nœud. La tumeur était formée par un tissu fibro-myxomateux, très vasculaire, recouvert par un épithélium cylindrique.... La présence de nombreux îlots de fibres musculaires lisses, tant dans la tumeur que dans son pédicule, indique que la couche musculeuse de l'urèthre a participé à sa formation.[3]

2° Souvent aussi, les polypes vasculaires sont disposés *en couronne autour du méat*, couronne de *grains rouges, arrondis*, chez certaines malades, ailleurs, longues papilles saignantes et comme fongueuses. Je vous montrais récemment un exemple de ces végétations péri-uréthrales, dont l'ensemble donne au méat quelque ressemblance avec le pavillon frangé de la trompe. Il est assez rare que, sous cette forme, elles soient bornées à l'orifice uréthral.

3° Vous verrez, en effet, et je veux insister sur cette variété, de cure particulièrement pénible, vous verrez des urèthres *semés, sur toute leur surface interne, de petits polypes, pour ainsi dire, confluents*. Il en résulte parfois une sorte d'obstruction du canal, et une gêne mécanique de la miction.

1. Giraldès. *Soc. de Chirurgie* 1866. VI. 319-322.
2. Dubar. Note sur un volumineux polype de l'urèthre chez la femme. *Bulletin médical du Nord. T. XXVIII*, 1889, p. 451.
3. Notons, en passant, l'existence de ces fibres lisses, que nous retrouverons, tout à l'heure, dans des tumeurs d'un autre siège et d'un autre aspect.

Chez une malade que j'eus à traiter à l'hôpital Necker, les douleurs, extrêmement vives, étaient d'une ténacité désespérante, elles rappelaient celles de la cystite du col et se montraient tout aussi pénibles. Une première fois, j'avais excisé, aux ciseaux courbes, tous les polypes accessibles et cautérisé leurs points d'implantation; deux mois après, les douleurs, quoique moins intenses, les envies fréquentes, le ténesme, avaient reparu : je dus faire une excision nouvelle, et curetter le canal de l'urèthre sur toute sa longueur.

Dans un autre cas, tout semblable, à l'Hôtel-Dieu, j'eus recours à une intervention plus radicale, et qui me donna un bon résultat. Ici encore (chez une femme d'une quarantaine d'années), la muqueuse uréthrale était hérissée de petites caroncules vasculaires. Je me décidai à en faire l'extirpation totale, comme on extirpe la muqueuse du conduit anal, dans l'opération de Whitehead. La malade étant endormie, j'attirai à l'extérieur, avec des pinces tire-balles, la muqueuse, du reste, lâche et décollable, de l'urèthre, je fis une incision circulaire au pourtour du méat, et j'excisai toute la membrane, en attirant à l'extérieur la muqueuse sus-jacente, qui se prêta fort bien à ce glissement : j'avais, de la sorte, *tapissé à neuf* le canal de l'urèthre, et une série circonférentielle de sutures ourlèrent le nouveau méat. La guérison eut lieu sans autre incident qu'une rétention d'urine passagère.

Je suis tout prêt à répéter ce « dépouillement opératoire » de l'urèthre en présence de cette « affection polypeuse » diffuse; et je pense que, dans ces conditions, c'est le plus souvent le seul moyen « d'en finir ». N'oubliez pas, cependant, que ces petites tumeurs, de pathogénie toujours obscure, révèlent quelquefois un état morbide profond, et des lésions encore latentes de la vessie. M. Terrillon[1] a signalé depuis longtemps leur coexistence éventuelle avec les premiers accidents de la cystite tuberculeuse.

En voilà assez sur ces *polypes angio-fibromateux* de l'urèthre, sur cette affection tenace, de cure pénible, mais de diagnostic facile, et, en somme, de notion banale.

La situation était tout autre, et le diagnostic autrement malaisé, chez cette malade de 40 ans, que je vous ai présentée aujourd'hui

1. Terrillon, *Progrès médical*, 1880.

guérie, et que j'opérai, à l'Hôtel-Dieu, il y a un mois et demi. Là nous avions affaire à une tumeur uréthrale rare, et la discussion se compliquait de la pénurie des faits et des « précédents ».

Depuis un an, notre malade, du reste bien portante, s'était aperçue de l'existence d'une petite tumeur, à la partie antérieure



Fig. 128. — Fibro-myôme de l'urèthre.

de la vulve, au-dessous de l'urèthre; un peu aplatie, dure, indolente, la petite masse avait grossi peu à peu, provoquant une gêne croissante, pendant la marche, et quelque difficulté de la miction. Depuis quelques mois, par le frottement continu, elle s'était ulcérée superficiellement, enfin, le 14 août 1893, la malade s'était décidée à consulter un médecin, qui avait porté le diagnostic de « descente », et appliqué un pessaire. Deux jours après, la soi-disant descente proéminant de plus belle, le pessaire était enlevé.

Quand je vis la malade, en septembre, voici ce que je constatai, et la photographie ci-contre vous en donnera une idée complète (Fig. 128).

Entre les lèvres de la vulve, une tumeur fait relief, du volume d'un gros œuf, ovoïde, à grand diamètre vertical; elle se prolonge jusqu'au bord postérieur du méat : en arrière et en bas, elle vient finir sur la paroi antérieure du vagin, qu'elle soulève, sur toute la longueur du septum uréthro-vaginal. On la refoule aisément dans le vagin, et l'on constate nettement qu'*elle occupe la paroi postérieure de l'urèthre, auquel elle est intimement fixée*. Une muqueuse, un peu rouge, ulcérée au point le plus saillant, la recouvre : l'ulcération ne présente, d'ailleurs, aucun caractère suspect, elle est peu profonde, à bord aminci, et revêt toute l'apparence d'une perte de substance, due au frottement et à la compression. La tumeur est résistante, presque molle; ses contours sont réguliers, on n'y retrouve aucune trace de lobulation, la consistance paraît uniforme. J'ajoute que le cathétérisme se fait sans difficulté, et que la palpation n'est que peu douloureuse.

Quelle était la nature de cette tumeur uréthrale, ou plutôt sous uréthrale? La question ne laissait pas que d'être complexe, et nos livres didactiques sont muets sur les éléments de ce diagnostic, qui, du reste, est loin d'être journalier.

Or, à ce type morphologique, peuvent répondre : 1° des abcès, *abcès du septum uréthro-vaginal*, parfois d'évolution lente et de marche chronique; 2° *des kystes;* 3° *des tumeurs bénignes ou malignes*, cancers uréthraux et péri-uréthraux, sarcomes, fibromes, fibro-myômes.

J'ai ouvert récemment, devant vous, un abcès aigu sous-uréthral, un abcès du septum uréthro-vaginal. La tumeur ressemblait beaucoup, comme localisation et comme forme, à celle que vous constatez chez notre malade; mais elle était très rouge, œdématiée à son pourtour, fluctuante, et l'incision donna issue à une abondante quantité de pus. Ces abcès ne sont pas très rares, au cours de l'uréthro-vaginite blennorrhagique, à la suite des traumatismes répétés de la vulve; quelques recherches anatomiques me permettent de croire qu'ils se développent quelquefois dans une bourse séreuse, intermédiaire à la muqueuse vaginale et à l'urèthre, et que l'on retrouve chez certains sujets. Il est plus fréquent, sans doute, qu'ils

aient pour point de départ la folliculite et la péri-folliculite uréthrales, comme l'admet, dans une thèse récente de Lyon, M. Calavassy[1].

Toujours est-il que ces abcès sous-uréthraux peuvent affecter une marche chronique, indolente, s'entourer d'une muqueuse épaissie et d'une coque indurée, et simuler alors des tumeurs de tout autre nature. « Tantôt, écrit M. Calavassy, l'abcès se présente sous forme d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dure, résistante, peu fluctuante, ne se modifiant pas par la pression; tantôt sous forme de poche mollasse, franchement fluctuante et se vidant par la pression digitale; le liquide qui s'écoule est franchement purulent, d'autres fois, il est séro-purulent. »

Il faut donc penser, et penser d'abord, car c'est là, en somme, l'hypothèse la plus simple et qui se réalise le plus souvent, à ces *abcès chroniques uréthro-vaginaux*. Mais notre tumeur n'était nullement fluctuante; aucun de ses caractères objectifs n'était de nature à nous faire penser à une collection purulente.

Pour les mêmes raisons, l'hypothèse d'un kyste était absolument improbable. D'ailleurs, *ces kystes sous-uréthraux*[2], kystes par rétention, émanant des glandes ou des follicules du canal, le plus souvent, ne s'observent guère que chez le nouveau-né. Pourtant, il y a déjà longtemps, English[3] en donnait une observation fort intéressante chez une femme de 35 ans. Plus récemment, de Bary[4] en relevait un cas sur le cadavre d'une jeune femme de 23 ans : la poche très tendue, et grosse comme un œuf d'oie, occupait la couche intermédiaire à l'urèthre et à la muqueuse vaginale; elle commençait immédiatement en arrière du méat, et dessinait un relief convexe sur la paroi vaginale antérieure. La membrane du kyste était mince, le contenu incolore. Je ne veux pas suivre l'auteur dans la discussion pathogénique à laquelle il se livre : il me suffit de vous rappeler qu'il faut inscrire les tumeurs kystiques au nombre des tumeurs sous-uréthrales.

1. Calavassy. Des abcès du septum uréthro-vaginal. *Thèse de Lyon* 1894.
2. Ils forment une catégorie spéciale parmi les kystes du vagin.
3. English. Ein Fall von einer Cyste in der Wand der weiblichen Harnröhre. — *Wiener Medicin. Presse*. 1881, p. 599 et 634.
4. De Bary. Über zwei Fälle von Cysten in der Wand der weiblichen Harnröhre. *Virchow's Archiv*. Bd. CVI, 1886, p. 65.

Il devenait donc très vraisemblable que nous avions affaire à un néoplasme solide, — cancer — fibrome ou sarcome.

Le cancer, ou, pour mieux dire, *l'épithélioma de l'urèthre*, paraît être, chez la femme, un peu moins rare que chez l'homme. Winckel[1] appuie sa description sur dix exemples, signalés par Melchiori, Riberi, Bardenheuer, Thomas, et par lui-même : dans plus de la moitié des faits, le cancer était, en réalité, péri-uréthral, ou n'avait envahi que secondairement le canal lui-même. Mais, en règle, la tumeur est bosselée, noueuse, irrégulière, elle n'est jamais tout d'une venue et de teneur uniforme, comme celle que nous relevions chez notre malade. Souvent elle est ulcérée, saignante, et les caractères de la perte de substance, à bords épaissis, durs et déchiquetés, suffisent à indiquer, en général, la nature du terrain sur lequel elle est développée. *Fibrome ou fibro-sarcome péri-uréthral :* tel fut le diagnostic qui nous parut cadrer le mieux avec l'ensemble des caractères objectifs que nous relevions.

Le 26 septembre 1895, je procédai à l'ablation de la tumeur. Une incision ovalaire, circonscrivant le segment de muqueuse ulcérée, découvrit sa face superficielle, dont la dissection se fit sans peine ; j'isolai de même ses deux bords, puis sa face profonde, attenante à la paroi inférieure de l'urèthre, mais d'adhérence minime. Le néoplasme une fois enlevé, l'urèthre était dénudé sur toute sa longueur, et l'on distinguait aisément les fibres musculaires transversales de sa tunique externe ; il était resté, d'ailleurs, parfaitement intact, et la tumeur siégeait bien dans l'épaisseur du système uréthro-vaginal, sans connexion aucune avec la muqueuse de l'urèthre.

Les deux lèvres de la plaie furent réunies par un surjet de catgut, et le vagin tamponné à la gaze iodoformée. Le soir, il fallut mettre une sonde à demeure, qui fit cesser les envies fréquentes d'uriner et le ténesme. La guérison eut lieu sans incident, et, le 5 octobre, la malade quittait l'Hôtel-Dieu. Vous avez pu constater, avec moi, qu'il n'existe plus aujourd'hui d'autre trace de l'intervention qu'une longue ligne cicatricielle, un peu saillante, sur la paroi vaginale antérieure.

1. Winckel. Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase, *in Deutsche Chirurgie. Lief.* LXII, 1885, p. 57.

Quant à la tumeur, que je vous présente, elle était bien limitée, bien isolable sur toute sa périphérie, de coloration grisâtre, de consistance presque molle. Elle était, sur une coupe, de même couleur et de même aspect. L'examen histologique nous a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myôme, auquel l'élément myomateux prend une part prédominante. Les coupes ressemblent, à s'y méprendre, à celui du fibro-myôme utérin.

C'est là un fait rare, si je m'en réfère aux observations publiées : mais il est utile de s'arrêter parfois sur ces types morbides « exceptionnels » ; une fois l'attention attirée sur eux, il arrive qu'ils perdent quelquefois assez vite ce prétendu caractère d'anomalies.

Les *fibromes sous-uréthraux* ont été observés très rarement, et l'on en compte les faits. Le premier exemple a été fourni par Höning, assistant de Veit (de Bonn) et publié en 1869 ; le second a été rapporté par Beigel, en 1875 ; le troisième, par Ehrendorfer, en 1892. Ils valent la peine que nous leur accordions quelques instants d'attention.

L'observation de Höning[1] est fort étrange et fort intéressante. La malade était une vieille fille de 41 ans. Deux ans auparavant, à la suite de pertes assez abondantes, elle s'était aperçue de l'apparition d'une tumeur à la vulve, en avant et à droite, tumeur œdémateuse, diffuse, indolente, et qui provoquait seulement un peu de gène de la miction. Sous l'influence d'un traitement anodin, la masse parut s'affaisser, et disparaître en partie, mais pour revenir bientôt, et se présenter avec des dimensions tout à fait anormales.

On trouvait, en relief, à la vulve, se dessinant entre les grandes lèvres écartées, *une volumineuse tumeur, plus grosse que le poing*, ulcérée par places, qui se prolongeait en haut jusqu'au clitoris, et refoulait, sur le côté droit, l'urèthre aplati. Les petites lèvres et l'hymen étaient adhérents à sa surface, mais se laissèrent décoller sans peine ; toute l'entrée du vagin était obstruée ; en arrière seulement, au-devant de la fourchette, le doigt arrivait à pénétrer. Sous le chloroforme, on se rendit compte qu'un autre lobe de la tumeur, deux fois plus gros que le lobe vulvaire, occupait et dis-

1. Höning. Grosser, fibröser Polyp, ausgehend von der unteren Harnröhrenwand, mit einem Theil die ganze, erweiterte Scheide ausfüllend, mit dem anderen aus der Schamspalte hervorragend. *Berliner Klin. Woch.* 1869, p. 55.

tendait le vagin, mais qu'il n'avait aucune connexion avec le col utérin, et que son attache paraissait être exclusivement localisée à la paroi postérieure de l'urèthre. De fait, la masse intra-vaginale fut extraite, non sans difficulté, et l'on put se rendre compte qu'elle tenait seulement, à la paroi uréthrale postérieure, par un court pédicule, de la grosseur du doigt, qui fut sectionné aux ciseaux et donna lieu à une hémorrhagie notable.

La masse extirpée, le polype sous-uréthral, était donc segmenté en deux blocs inégaux : il mesurait 20 centimètres de long, 9 centimètres d'épaisseur. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome mou (Rindfleisch).

Je vous ferai tout de suite remarquer que cet énorme fibrome pédiculé était bien d'origine sous-uréthrale, et que son pédicule, étroit et court, s'implantait dans le septum uréthro-vaginal.

La tumeur observée par Beigel[1] était de dimensions autrement restreintes, elle était sessile et s'implantait sur le bord inférieur du méat. La malade, âgée de 50 ans, avait constaté depuis cinq ans la présence de la tumeur uréthrale : le coït était douloureux et provoquait un écoulement sanguin à peu près constant, la miction était elle-même douloureuse. Grosse comme une petite noix, la masse figurait trois lobes, d'apparence polypeuse. Beigel l'excisa, aux ciseaux, non sans quelque hémorrhagie. C'était un sarcome, sarcome du méat, suivant la dénomination donnée par l'auteur.

Le néoplasme dont M. Ehrendorfer[2] a donné plus récemment une description détaillée, était aussi de forme irrégulière, lobée et sillonnée, et, pour point de départ, il avait l'orifice uréthral. La malade, une femme de 51 ans, en souffrait depuis un an et demi.

Entre les lèvres vulvaires refoulées latéralement, on voyait proéminer une grosse tumeur, formée d'une série de voussures verticales d'une coloration rouge foncé. Trois d'entre elles étaient plus volumineuses, elles avaient 3 à 4 centimètres de long, 3 à 3 centimètres et demi de haut, un demi à 2 centimètres d'épaisseur ; elles se détachaient du bord inférieur et des bords latéraux du méat ; d'autres bosselures, moins grosses et plus irrégulières, leur servaient de trait d'union au-dessus de l'urèthre, en sorte que le méat représentait le centre et comme le pédicule commun

1. Beigel. *Krankheiten des weiblichen Geschlechtes.* 1875. Bd. II., p. 653-655.
2. Ehrendorfer. Sarkome des weiblichen Urethra. *Centralblatt fur Gynækologie.* Bd. XVI, 1892, p. 321.

de toute la masse. Le cathétérisme se faisait, du reste, sans obstacle, et l'on ne rencontrait, sur le trajet du conduit uréthral, aucune trace d'autres noyaux néoplasiques.

La tumeur fut pédiculisée, une incision circulaire sectionna son implantation péri-uréthrale, et une série de sutures rétablirent les contours réguliers du méat. Mais l'absence de réunion prolongea quelque peu la durée de la cicatrisation, qui s'acheva au bout d'un mois.

L'examen histologique très complet, auquel se livra M. Ehrendorfer, montra que, là encore, il s'agissait d'un sarcome, à petites cellules.

Vous voyez que notre tumeur présentait une forme un peu différente; elle était régulièrement arrondie, tout d'une pièce, homogène, et non lobulée et bosselée, comme dans les faits que nous venons d'étudier. De plus, son implantation était large; elle correspondait à peu près à toute la longueur de la paroi postérieure de l'urèthre, elle occupait à peu près tout le septum uréthro-vaginal, au lieu de se détacher d'une zone étroite, correspondant à la partie postérieure du méat. Quoi qu'il en soit de ces quelques différences, l'origine de ces fibro-sarcomes ou fibro-myômes semble être la même; ils naissent au pourtour du canal uréthral, peut-être aux dépens des couches les plus extérieures.

Cette origine n'est pas discutable pour les fibro-myômes, qui procèdent, selon toute apparence, de la musculature lisse de l'urèthre. Ces *corps fibreux de l'urèthre* ont une histoire encore fort courte; mais les quelques faits recueillis se ressemblent d'assez près, pour donner à ce type de tumeurs ce que j'appellerai, si vous le voulez, « la personnalité morbide ».

Rizzoli[1] en a publié un premier exemple. En 1889, M. le professeur Tillaux[2] en rapportait une seconde observation, et il vous suffira de jeter les yeux sur la figure qui accompagne son mémoire, pour vous rendre compte des étroites analogies qui rapprochent ce fait du nôtre. La malade de M. Tillaux était une jeune femme de 29 ans; dix-huit mois auparavant, à la suite d'une

1. Rizzoli, Des excroissances et tumeurs qui se développent à l'intérieur et à l'orifice de l'urèthre ches la femme, et de leur traitement. Traduit par L. Gallez, in *Journal de méd. de Bruxelles*, 1875, p. 101.
2. Tillaux. Fibro-myôme de l'urèthre. *Annales de Gynécologie*. 1889, p. 161.

fausse couche, elle avait constaté l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette, occupant la vulve; depuis cinq mois la tumeur avait pris une extension continue. Elle formait « une masse de couleur rosée, ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule, qui pouvait faire songer tout d'abord à un polype utérin faisant saillie hors de la vulve ». Le méat urinaire était complètement déformé, et se présentait sous l'aspect non plus d'un orifice arrondi, mais d'une fente presque linéaire, dirigée verticalement et très rapprochée du bord gauche de la masse. On y introduit d'ailleurs facilement une sonde jusque dans la vessie, et cette manœuvre, combinée avec le toucher vaginal, permet de constater la fusion de la tumeur avec la paroi uréthrale; il est évident que le néoplasme occupe celle-ci, et plus spécialement la paroi latérale droite. On porta le diagnostic de fibrome ou fibro-myôme de l'urèthre, et l'examen de la tumeur, une fois enlevée, démontra qu'il s'agissait bien d'un fibro myôme.

La paroi inférieure de l'urèthre n'est pas, d'ailleurs, leur siège exclusif. Büttner[1] décrivait récemment, chez une malade de 40 ans, une tumeur sus-uréthrale, grosse comme un œuf, développée dans le tissu qui sépare l'urèthre de la commissure antérieure des petites lèvres. Elle refoulait le méat qui, très aplati, avait pris la forme d'une sorte de fente semi-lunaire, de 4 à 5 centimètres de large. La miction était très difficile. La tumeur se laissa énucléer sans difficulté, et la guérison était complète au bout de huit jours.

C'était, cette fois encore, un fibro-myôme, ou plutôt un myôme, car les éléments fibreux n'y figuraient qu'en proportion fort minime. Les caractères histologiques de la tumeur rappelaient de tout point ceux des myômes utérins.

Notre observation vient en quatrième ligne : elle est toute semblable, et, là encore, il s'agissait d'un *corps fibreux de l'urèthre*.

Vous voyez, Messieurs, que, pour être rares, ces tumeurs de l'urèthre sont loin d'être inconnues; il me serait facile d'ajouter encore quelques faits à ces premiers documents. Retenons donc qu'il existe là un petit groupe de tumeurs intéressantes, et qui méritent d'avoir leur place en pathologie.

1. Büttner. Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*. Bd. XXVIII, p. 122.

STATISTIQUE DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ, PENDANT L'ANNÉE 1893-94

Messieurs,

L'heure est venue de déposer notre bilan, et, après une année passée dans ce service, de compter nos malades, nos opérations, nos succès et nos revers. Il y a là autre chose que le vain désir d'aligner des chiffres et de dresser des tableaux ; je veux revoir, une dernière fois, avec vous, ce que nous avons appris ensemble, ce que nous avons fait de bien et de mal, et l'enseignement pratique que nous en avons tiré. N'est-ce point ainsi que se crée l'expérience? Et puis, n'est-il pas légitime, après une route quelquefois rude, de s'arrêter un instant et de regarder en arrière?

Prenons d'abord, si vous le voulez bien, *la statistique générale* du service : elle démontre quelles ressources d'enseignement, et *d'enseignement à tous les degrés*, présentent ces grands services, dont l'accès vous est, en France, si largement ouvert.

Du 1er novembre 1893 au 1er novembre 1894, 1421 *malades sont passés dans nos salles, dont* 949 *hommes et* 472 *femmes*. Si vous réfléchissez que le service comprend 31 lits de femmes et 62 lits d'hommes, vous reconnaîtrez facilement que le mouvement est exactement le même dans l'une et l'autre salle.

Il semblerait, de prime abord, qu'il en dût être autrement, les traumatismes, qui figurent d'ordinaire pour une forte proportion dans la statistique hospitalière, étant notablement plus fréquents chez l'homme; mais cette différence est compensée, comme nous allons le voir, par le chiffre des affections gynécologiques.

Sur ce nombre total de 1421 *malades*, nous relevons :

Traumatismes de tout genre	210
Affections inflammatoires communes	150
Affections gynécologiques	162
Hernies	87

Tuberculose des os, des articulations, des ganglions, de la peau, etc..	81
Tumeurs.	53
Maladies de l'appareil urinaire.	37
Maladies de l'appareil génital de l'homme.	37
Maladies articulaires (hormis les tumeurs blanches et les traumatismes).	37
Ostéites (non tuberculeuses).	25
Hémorrhoïdes	24
Ulcères.	32
Maladies chirurgicales des nerfs	3

Je ne veux pas allonger cette énumération, mais je tiens à citer encore une centaine de malades atteints d'affections diverses, intéressantes, telles que pieds bots, goitres, torticolis, affections de l'œsophage et de la langue, etc. Je sais combien ce terme de *malade intéressant* est incomplet et faux ; je sais, et je vous ai répété bien souvent, qu'ils le sont tous, en bonne clinique. Je veux dire que, sur nos 1421 entrants, 800 à 850 étaient susceptibles de fournir matière à un diagnostic différentiel utile et nécessitaient une intervention, opératoire ou autre, de discussion et de pratique intéressantes.

Reprenons, si vous le voulez bien, quelques-unes des catégories précédentes.

Les 210 traumatismes comprennent 94 fractures, 15 luxations, 43 entorses, et 158 traumatismes divers. Je signalerai la rareté des fractures de cuisse, 2 seulement (compliquées toutes deux, traitées et guéries sous l'appareil d'Hennequin) ; et, parmi les luxations, 10 de l'épaule, 3 du coude, 1 du pouce droit, et 1 luxation exceptionnelle.

C'était une luxation médio-carpienne de la main droite, en arrière, survenue, à la suite d'une chute sur la paume de la main, chez un jardinier d'une quarantaine d'années ; la déformation et les résultats de la palpation étaient absolument nets. La seconde rangée, avec la tête du grand os en son milieu, faisait relief en arrière et chevauchait sur la première : c'était une luxation en arrière. Vous savez que, sans un examen anatomique direct, on peut toujours discuter l'authenticité des faits de ce genre ; pourtant, le palper était, ici, trop affirmatif pour laisser, croyons-nous, la moindre place au doute[1].

1. Les auteurs ne signalent qu'un seul fait de luxation médio-carpienne en arrière, publié par Maisonneuve. *Mém. Soc. de Chirurgie*. T. II. 1851.

Remarquons, en passant, que ce chiffre de traumatismes est peu élevé, rélativement à leur proportion dans d'autres hôpitaux.

Parmi les 162 cas de *gynécologie*, nous relevons :

Métrites	55
Salpingo-ovarites	47
Hématocèles	2
Fibromes utérins	15
Polypes utérins	2
Cancers utérins	15
Prolapsus utérin	9
Déviations utérines simples	6
Kystes de l'ovaire	2
Suites de couches et de fausses couches	10

Je vous citerai encore la série des *maladies urinaires :*

Hypertrophie de la prostate	10
Rétrécissements de l'urèthre	7
Abcès urineux	5
Cystites	6
Infiltration d'urine	3
Blennorrhagie	2
Fistule uréthrale	1
Fistule recto-uréthrale	1
Calculs vésicaux	2
Rupture des corps caverneux	1

Et je vous rappellerai que, sur nos 87 hernies, il y a 79 hernies inguinales et seulement 3 hernies ombilicales, et 3 hernies crurales.

Quelle a été *la mortalité générale*, sur ces 1421 malades? Elle n'est pas non plus, même sous cette forme brute, sans un certain intérêt.

Il est mort, dans le courant de l'année, 31 hommes, soit 3,2 pour 100 : 25 femmes, soit 5,2 pour 100; ce qui nous donne une *mortalité générale de* 4,6 *pour* 100.

Or, parmi les 56 malades qui ont succombé dans nos salles, 22 *seulement avaient été l'objet d'une intervention opératoire*, et, sur ce nombre, il me paraît nécessaire, pour laisser une valeur positive aux déductions ultérieures, de mettre tout de suite de côté les trois cas suivants.

C'est d'abord celui d'une vieille femme, que j'avais opérée, à l'Hôtel-Dieu, en août 1893, d'une hernie ombilicale étranglée et gangrenée ; j'avais dû réséquer un long segment du côlon transverse, et j'avais fait un anus contre nature ; la guérison avait eu lieu, contre toute espérance, et je m'étais mis en devoir de fermer l'anus anormal. L'entérotome avait été appliqué, pour la seconde fois, sur l'éperon, très épais et très saillant ; il était tombé régulièrement, la communication était devenue large entre les deux bouts du côlon, et je songeais à achever la cure, quand ma malade fut prise d'une congestion pulmonaire double, qui l'emporta.

C'est encore cette jeune femme, qui nous fut amenée presque mourante, avec tous les signes d'une infection générale, dont le point de départ restait douteux. Un peu de douleur, quelque gonflement, et les renseignements qu'on nous donna, nous firent penser qu'il s'agissait d'une mastoïdite infectieuse, et je pratiquai la trépanation de l'apophyse, sans y découvrir de pus. La mort survenait 48 heures après, et il est bien évident que l'opération n'y avait eu absolument aucune part.

Il en fut de même pour un jeune homme de 25 ans, que je vis, dans un service de médecine, et qui, depuis quatre jours, était atteint des accidents de l'occlusion intestinale, auxquels s'étaient joints, depuis plusieurs heures, tous les signes de la péritonite généralisée. Son état général était si grave, que j'hésitais à rien tenter. Il me répugnait pourtant de le laisser mourir sans faire un effort suprême, et je pratiquai, *in extremis*, la laparotomie. Je trouvai, avec une péritonite diffuse, une anse grêle de 25 centimètres de long, gangrenée, noire et perforée ; je l'excisai au plus vite, et fixai les bouts à la paroi. Il mourut dans la nuit, et je suis bien certain que mon intervention ne lui a pas enlevé une heure de vie.

Il serait parfaitement inutile de recenser l'histoire des 54 malades, non opérés, qui ont succombé à des causes diverses, d'observation courante. Les traumatismes, la cachexie cancéreuse ou sénile, certains accidents aigus revêtant, chez des cachectiques ou des diathésiques, un caractère tout spécial de gravité (endocardite infectieuse ; pneumonie, etc.) : telles sont les catégories de faits le plus souvent relevées.

J'ai hâte d'en arriver à la *statistique opératoire* proprement

dite, puisque, sans être la seule, l'intervention opératoire reste encore l'expression principale de notre action thérapeutique.

Or, Messieurs, je ne puis comprendre que l'on fasse entrer, dans un relevé opératoire, une série d'interventions minimes, de gravité nulle, à l'heure actuelle, et qui n'en ont pas moins leur place dans le décompte de la mortalité. A faire marcher de pair l'hystérectomie vaginale et l'ongle incarné, je ne vois plus qu'une raison : grossir le chiffre total, et réduire d'autant le pourcentage des insuccès. Ce n'est pas là ce que nous cherchons.

Je laisserai donc de côté et les incisions d'abcès, et les ablations de cancroïdes, etc., et l'ongle incarné, et les fistulettes anales, et les circoncisions, et je ne retiens que 351 *opérations*, d'une importance réelle, et sur lesquelles, en bloc, nous trouvons 19 *morts post-opératoires*. Je m'expliquerai, sur ce dernier terme, dans l'exposé qui va suivre.

Nos 351 opérations se répartissent en un certain nombre de groupes ; nous allons les reprendre successivement, non point pour en faire une sèche énumération, mais pour en tirer quelques indications générales, et surtout pour faire l'étude des cas malheureux.

La gynécologie figure, dans cet ensemble, pour 101 *opérations* ainsi divisées :

LAPAROTOMIES	Laparotomies pour salpingo-ovarites.	20	33 cas, avec 5 morts
	Laparotomies pour fibromes utérins.	4	
	Ovariotomies	2	
	Hystéropexies	3	
	Laparotomies exploratrices	3	
	Laparotomie pour sarcome de l'utérus et des ovaires	1	

HYSTÉRECTOMIES VAGINALES	Pour affections annexielles doubles.	19	30 cas, avec 2 morts.
	Pour fibromes utérins	4	
	Pour cancer utérin	4	
	Pour hématocèle, avec épithélioma commençant du col	1	
	Pour polype intra-utérin	1	
	Pour prolapsus invétéré et incoercible	1	

Opérations plastiques utéro-vaginales (amputation du col, colporrhaphies et colpo-périnéorrhaphies)		13
Ablation de polypes utérins		2
Opération d'Alexander-Kocher		1
CURETTAGES — Pour rétention placentaire incomplète	8	22[1]
CURETTAGES — Pour métrite hémorrhagique, etc.	14	

Nous avons déjà analysé ensemble les laparotomies et les hystérectomies pour salpingo-ovarites et pour fibromes[2]. Trois fois, sur les 5 malades qui ont succombé, la terminaison fatale n'était pas, en réalité, imputable à l'acte opératoire lui-même; nous ne pouvions guère nous reprocher qu'une chose, c'était d'avoir avancé un peu, en voulant tenter une dernière chance de guérison, le terme depuis longtemps inévitable.

Ainsi en fut-il encore chez cette femme de 50 ans, très amaigrie, très cachectique, qui entrait dans le service en août dernier, avec un ventre énorme, et des accidents gastriques et respiratoires pressants. Malgré une couche assez abondante d'ascite, on sentait assez bien une grosse tumeur bosselée, paraissant être d'origine utérine, et qui remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic; par le toucher vaginal, on retrouvait sa partie inférieure arrondie, mais le petit bassin semblait libre. Je pensai à un volumineux fibrome de l'utérus, et j'intervins. Le ventre ouvert, je tombai sur un épiploon épais, farci de granulations cancéreuses, et intimement adhérent à la paroi abdominale, d'une part, à la tumeur, de l'autre. J'en réséquai un segment et je décollai le reste, et je me trouvai alors en présence d'une masse irrégulière, lobée, dure par place, kystique en d'autres points, adhérente et immobile, et qui se diffusait sur les côtés, sans qu'il fût possible d'en reconnaître exactement les limites. Je me contentai d'ouvrir un certain nombre de poches, et de faire un drainage à la Mickulicz. La malade s'éteignit lentement quatre jours après, et l'autopsie fut impossible. C'était, je pense, une tumeur fibro-kystique de l'utérus, dégénérée et généralisée aux viscères abdominaux.

Une de nos laparotomies exploratrices se rapporte à un cas de

1. Ce chiffre est notablement inférieur au nombre total : il ne comprend que les faits d'une certaine gravité.

2. Voy. *Gynécologie*, leç. IV, V et VI. Nos tableaux s'arrêtant au 1er janvier 1895, les observations y sont un peu plus nombreuses que celles qui figurent ici.

cancer abdominal, inopérable aussi ; mais l'intervention fut suivie d'une de ces améliorations fonctionnelles, de pathogénie obscure, qui ont été plusieurs fois signalées[1]. Notre malade, âgée de 41 ans, maigre et de teint jaunâtre, présentait à gauche et au-dessus de l'ombilic une masse profonde, dure, compacte, immobile, grosse à peu près comme les deux poings, et très douloureuse. Les souffrances revenaient par crises journalières, surtout au moment des digestions, et la malade en était arrivée à ne pouvoir prendre la moindre nourriture. Elle réclamait instamment une opération. Je fis la laparotomie, pensant bien qu'elle ne serait qu'exploratrice ; je trouvai un énorme cancer du mésentère, et, après avoir constaté l'impossibilité de rien faire d'utile, je refermai le ventre. Cette pauvre femme guérit fort bien, et, quand elle sortit de l'hôpital, elle souffrait beaucoup moins, elle mangeait un peu. J'ai appris que, pendant plusieurs mois, son état général était resté à peu près satisfaisant. Ce qu'elle est devenue depuis, je n'en sais rien, mais il est aisé de le prévoir.

Je tiens à mentionner ici une dernière laparotomie, qui a été pratiquée, cette fois, pour une plaie de l'abdomen par balle de revolver. Il s'agissait d'un jeune soldat de 19 ans, qu'on nous apporta, un matin, en uniforme, et qui venait de se tirer, dans la région épigastrique, un coup de revolver de 7 millimètres. L'orifice siégeait, à 4 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic : il n'y avait, et il n'y eut, durant les premières 24 heures, aucun signe alarmant, ni vomissements, ni météorisme, à peine un peu de douleur localisée, la température était normale. Le lendemain, le ventre était devenu un peu sensible, le pouls était un peu fréquent, et il se produisit, dans la matinée, deux vomissements peu abondants, mais de coloration légèrement verdâtre.

Je m'empressai d'intervenir, et la laparotomie fut faite à 4 heures 1/2 du soir, 29 heures après l'accident. Je trouvai, en regard de l'orifice pariétal, le grand épiploon infiltré de sang, et déchiré ; les caillots se prolongeaient, à une certaine distance, le long des vaisseaux. Il y avait un peu de sang épanché dans la cavité

1. Voy. WHITE. *The supposed curative Effect of operation per se.* (*Annals of Surgery*, août et septembre 1891.) — DUPLAY. *Semaine médicale*, 10 juillet 1892, et un bon exposé de la question dans la thèse récente de M. L. LASCOUX. *De l'action curative et palliative de la laparotomie exploratrice. Thèse doct.*, Lyon, 1894.

abdominale, et les anses voisines de la plaie étaient agglutinées légèrement et un peu dépolies, mais je ne découvris nulle part trace de perforation intestinale. Je réséquai donc le segment épiploïque contus, je lavai soigneusement tout le foyer à l'eau stérilisée, et je refermai le ventre. Tout se passa, dès lors, à merveille, et notre petit soldat rejoignait son régiment à la fin de décembre. Bien que le tube digestif ne fût pas intéressé, il y avait donc, ici, des signes et des lésions de péritonite commençante, et il était temps d'agir.

Passons à un second chapitre, qui occupait une grande place dans les statistiques anciennes, la mortalité des amputations étant considérée comme l'élément principal de comparaison des diverses méthodes chirurgicales. Nous relevons, dans le cours de l'année :

14 AMPUTATIONS ET DÉSARTICULATIONS	Désarticulation de la hanche	1	
	Désarticulation de l'épaule	1	
	Désarticulations du genou	2	
	Amputations de cuisse	4	— 2 morts
	Amputation de l'avant-bras	1	
	Amputation des deux premiers métatarsiens	1	
	Amputation du premier métatarsien	1	
	Amputation du cinquième métacarpien	1	
	Amputations des doigts	2	
18 RÉSECTIONS	Résections de l'épaule	3	— 1 mort
	Résections du coude	6	
	Résection de la hanche	1	
	Résections du genou	6	— 1 mort
	Résections du maxillaire supérieur	2	

Les deux morts, qui ont suivi une résection de l'épaule et une résection du genou, ont été purement accidentelles. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une résection de l'épaule, pour luxation ancienne : la malade succomba, quelques jours après, à une pneumonie double, alors que le foyer opératoire était absolument intact : comme je vous le disais un autre jour, c'est une victime de l'ordonnance surannée de ce service et de ce long transport, par le froid et la neige, imposé aux malades de la salle des femmes[1].

1. Voy. p. 122.

L'autre fait est celui d'un homme de 53 ans, réséqué du genou droit, pour une tumeur blanche, le 17 septembre, et qui, au vingtième jour, alors que les suites opératoires étaient absolument normales, mourut brusquement : à l'autopsie, on trouva une congestion pulmonaire double généralisée.

Voici, d'autre part, dans quelles conditions ont été pratiquées les deux amputations de cuisse, terminées par la mort : homme de 43 ans, alcoolique invétéré, plaie pénétrante du genou gauche, infectée, accidents septiques graves, locaux et généraux ; amputation de la cuisse, persistance de l'état infectieux ; mort ; — femme de 50 ans, suppuration profonde de la cuisse, datant de plusieurs mois, vaste foyer sous-tricipital, nécrose du fémur sur la moitié de sa hauteur, état général grave, hecticité : amputation de cuisse, dépression progressive, mort. Encore une fois, ce n'est pas aux suites de l'acte opératoire que ces deux malades ont succombé.

Parmi nos résections, 5 ont été des *résections orthopédiques*, nécessitées par une luxation ancienne du coude, 2 fois ; de l'épaule, 1 fois ; une ankylose angulaire du genou, 1 fois ; une fracture ancienne du col du fémur, 1 fois. J'ai eu déjà l'occasion de vous en entretenir. Les 13 autres ont été des *résections pathologiques*, pour tumeurs blanches.

De fait, en dehors de 6 amputations et de 13 résections, il nous faut encore inscrire au passif de la tuberculose et de ses diverses manifestations chirurgicales, 51 interventions d'une autre nature :

Extirpations de ganglions tuberculeux	17
Curage et évidement d'ostéites tuberculeuses	12
Curage et décortication d'abcès froids volumineux . .	11
Castrations pour tuberculose.	8
Extirpation de synovites tuberculeuses	3

Il me paraît de quelque intérêt de grouper ainsi *les opérations pour tuberculose*, et d'en faire la somme ; nous arrivons au chiffre de 70, et ce total représente le cinquième du mouvement opératoire général. J'ajoute que cette proportion n'a rien d'excessif, et qu'en d'autres milieux, elle est autrement élevée.

A côté de la tuberculose, *les tumeurs*, comprises dans leur sens

le plus général; je relève 32 cas de tumeurs extirpées. Sur ce nombre, les tumeurs malignes, le cancer, ne sont représentés que par 11 faits :

Cancer du rectum.	2	— 2 morts
Cancer du testicule.	2	
Cancer du sein	4	
Sarcome des parties molles	2	
Épithélioma de la lèvre inférieure. . . .	1	

C'est peu, même si je vous rappelle 1 désarticulation du genou pour sarcome récidivé du tibia, 2 résections du maxillaire supérieur pour sarcome, et 4 hystérectomies vaginales pour cancer utérin; surtout si vous songez que nous avons recueilli 44 observations de cancers ou de sarcomes, de sièges très divers[1]. Mais la plupart de ces néoplasmes étaient inopérables, et, je m'en suis déjà ouvert devant vous : nous avons rarement cherché à reculer la limite d'opérabilité.

Hélas! ne savons-nous pas quels tristes lendemains nous réserve la chirurgie du cancer!

J'en viens à une chirurgie autrement positive, autrement bienfaisante, et qui, elle, restera et se perfectionnera de plus en plus, même dans cet avenir lointain, peut-être chimérique, où nous saurons guérir la tuberculose et le cancer par d'autres moyens que le bistouri : je veux parler de *la chirurgie réparatrice*, et je comprends ce terme dans son sens le plus large, dans son acception la plus compréhensive. Je la définirais volontiers : *l'ensemble des méthodes chirurgicales susceptibles de restituer, aux différents parties du corps, aux différents organes, leur morphologie fonctionnelle, les conditions anatomiques de leur fonctionnement régulier, que leur ont fait perdre des lésions congénitales ou acquises, traumatiques ou morbides*. La cure radicale des hernies est œuvre de chirurgie réparatrice au même titre que la staphylorrhaphie ou le redressement d'un pied bot. Je n'insiste pas, je me contente de rapprocher, ici, des *opérations orthopédiques* proprement dites, les diverses variétés de *cures radicales*.

1. Je tiens à signaler un fait de lipôme diffus de la nuque, qui a servi de point de départ à la thèse de mon ami le Dr Marçais : *Contribution à l'étude des Lipômes du cou et de la nuque*, 1894.

Avant d'en venir à la *cure radicale des hernies*, j'ouvre une parenthèse pour les hernies étranglées : 8 kélotomies, 3 inguinales, avec 1 mort; 3 ombilicales, avec 2 morts; 2 crurales. Chiffre minime, et grosse mortalité; mais, ici plus qu'en toute autre matière, il est juste de dire qu'*on opère quand on le peut*, c'est-à-dire quand les malades se font transporter à l'hôpital; et, par suite des allures insidieuses, vagues, hésitantes, que revêtent certains étranglements à leurs débuts, les malades ne nous arrivent parfois qu'à une période fort tardive, alors que l'infection générale, que la stercorémie sont déjà irrémédiables.

Un homme d'une quarantaine d'années entre salle Michon, avec une hernie scrotale monstrueuse, grosse comme une tête d'enfant, et des accidents d'étranglement datant de cinq jours, mais larvés, trompeurs, bénins d'apparence, comme on les voit souvent dans les grosses hernies. Nous trouvons, dans le sac, une double anse grêle, le cæcum et son appendice, un long segment du côlon ascendant, un gros paquet d'épiploon, le tout infiltré de sang, macéré, ramolli. L'intestin se perfore en plusieurs points, et, après avoir lié et réséqué l'épiploon et réduit tout le contenu du sac, nous en excisons un long bout et nous fixons les deux orifices à la paroi. Le malade survécut deux jours : son anus contre nature fonctionnait, nous avions repris un vague espoir de le sauver : il s'éteignit lentement.

Une femme, de 52 ans, nous était amenée, le 18 novembre 1893, avec une hernie ombilicale étranglée depuis six jours; la kélotomie fut pratiquée, mais il était trop tard, notre malade succombait dans la nuit.

Dans un autre cas, chez une femme de 64 ans, je m'accuse d'avoir différé de 24 heures l'intervention. Depuis douze ans, elle portait une hernie ombilicale; depuis huit mois, la tumeur avait augmenté de moitié, et, au cours des dernières semaines, elle avait été, à deux reprises, le siège d'accidents douloureux, qui s'étaient dissipés au bout de quelques jours. La veille, les douleurs avaient reparu : la hernie était énorme mais peu tendue; on obtenait, par places, du gargouillement et une réduction partielle. Le lendemain, la situation avait changé : le pouls était fréquent et petit, des vomissements d'aspect verdâtre et noirâtre étaient survenus.

Je fis la kélotomie : le sac contenait une anse grêle de 25 centimètres, le cæcum, le côlon ascendant, une partie du côlon transverse,

et des adhérences anciennes reliaient ce contenu à la paroi et le retenaient à l'extérieur ; quant à l'anneau, fait ordinaire, en pareil cas, il était large et facilement perméable. Je rompis les adhérences, et, non sans peine, j'achevai la réduction ; mais je ne réussis pas à sauver ma malade. Aussi m'avez-vous vu, dans notre dernier cas de hernie ombilicale, opérer tout de suite, dès que la hernie est devenue douloureuse ; cette fois encore, il n'y avait pas d'étranglement, au sens propre du mot, mais un gros paquet d'épiploon et un long bout d'intestin coudé au sortir de l'anneau, et coudé sur lui-même dans le sac ; notre opérée a guéri parfaitement.

D'ailleurs, en pareille occurrence, la doctrine est aujourd'hui bien établie. Je pense, pour ma part, et le service du Bureau central nous crée vite quelque expérience en la matière, qu'il faut opérer, et tout de suite, toute hernie irréductible qui devient douloureuse, toute hernie réductible qui cesse de l'être, fût-ce depuis quelques heures. Même précoce, le taxis n'est applicable qu'à certains cas exceptionnels. C'est être prudent que d'agir ainsi, et la mortalité de la hernie étranglée s'abaisserait singulièrement, si cette conviction était celle de tous les praticiens.

Il est, sans doute, plus prudent encore *de faire à temps la cure radicale*. Je vous ai dit déjà que nous avions pratiqué[1] 32 cures radicales, 30 de hernies inguinales, 2 de hernies crurales.

J'inscris tout de suite la série des autres *cures radicales*.

Cures radicales d'hydrocèles.	11 cas
Cures radicales d'hémorrhoïdes. Opération de Whitehead.	8 cas
Cures radicales d'hémorrhoïdes (ligatures multiples, en chaîne).	3 cas
Cures radicales de varicocèles (résection d'un segment des veines spermatiques et résection du scrotum).	3 cas

Cures radicales, voilà, certes, un mot bien prétentieux ; prenons-le dans son véritable sens, celui de cure opératoire. L'avenir seul nous dira si nos interventions réparatrices ont été radicales.

Je vous ai dit que je rangerais dans le même groupe les faits

1. Au 1er novembre 1894.

l'*orthopédie opératoire*, en donnant à cette dénomination sa plus large extension. Les voici :

Ostéotomie pour genu valgum	1
Ostéotomies pour genu varum	2
Opérations d'Ogston	4
Opération de Trendelenburg	1
Opération de Phelps	1
Redressement forcé d'un pied bot varus équin, après section du tendon d'Achille à ciel ouvert	1
Résection, modelage et suture de cals vicieux	5
Résections phalangiennes pour orteils en marteau	2
Restauration d'un moignon physiologiquement conique.	1
Suture de la clavicule	1
Greffe italienne modifiée pour une rétraction de l'aponévrose palmaire	1

J'y ajoute :

Staphylorrhaphie et uranoplastie partielle	2
Bec-de-lièvre	1
Omphaloplastie	1
Restauration partielle du gland	1
Néphropexie	2
Orchidopexie double	1

J'aurai fini, Messieurs, quand je vous aurai rappelé, sous le titre d'*opérations diverses*, 42 autres cas, parmi lesquels je signalerai :

Cystostomies sus-pubiennes chez des prostatiques	6 — 3 morts
Taille hypogastrique pour calcul, et prostatectomie partielle	1
Extirpation d'un anévrysme du pli du coude.	1
Sutures nerveuses[1] pour sections anciennes	3
Résection de la branche externe du spinal pour un torticolis spasmodique[2]	1
Opération d'Estlander	1
Extirpation d'un kyste dermoïde du plancher buccal	1

1. Deux de ces opérations (médian au pli du coude et au poignet) ont été pratiquées par M. Pasteau ; le troisième fait se rapporte à une section ancienne du nerf sciatique dans le creux poplité.

2. L'observation sera publiée dans la thèse en préparation de M. Isidor : *Du torticolis spasmodique*.

Je ne veux pas abuser de votre attention, et je résume ce long exposé. Sur 351 opérations, nous relevons 19 morts, soit *une mortalité post-opératoire générale de* 5,2 *pour* 100. Je dis post-opératoire, car la terminaison fatale est loin d'être imputable, dans tous les cas, à l'acte opératoire lui-même ou à ses suites; et, en bonne logique, il faut distinguer, je pense, les opérations *qui tuent* (par infection, par hémorrhagie, par shock, etc.), de celles *qui laissent mourir*, parce qu'elles interviennent trop tard et que le mal est déjà au-dessus de nos efforts. Ainsi, nos trois cystostomisés, qui ont succombé, étaient dans un état désespéré, et, à l'autopsie, chez tous les trois, les lésions rénales étaient irrémédiables; j'ai eu tort de les opérer, peut-être, mais cette suprême et inutile tentative, sans chloroforme, et presque aussi simple qu'une ponction, ne leur a porté, par elle-même, aucun préjudice. La situation, quoique d'ordre différent, était à peu près la même chez nos deux amputés de cuisse; et la mort a été accidentelle chez les deux réséqués.

En retranchant ces cinq faits du chiffre général, le pourcentage vrai, *celui qui représente à peu près la responsabilité opératoire*, s'abaisse *à* 3,4 *pour* 100. Je n'insiste pas davantage: il est trop aisé de faire parler les chiffres, et ce qu'ils disent ne vaudra jamais l'observation journalière des faits.

Les grandes complications opératoires n'ont pas eu accès dans nos salles. L'érysipèle s'y est montré une seule fois, chez un réséqué du maxillaire supérieur : une petite enquête nous a vite instruits sur sa provenance, il n'a pas reparu. Les suppurations post-opératoires ont été très rares; hormis les cas de contre-indication locale, nous avons réuni toutes nos plaies, sans drainage, et ceux d'entre vous qui suivent le service depuis un an, vous diront que la cicatrisation par première intention a été la règle.

Pouvions-nous faire mieux? En vérité, si je réfléchis aux conditions dans lesquelles nous nous sommes trouvés, aux obstacles de tout ordre que nous avons rencontrés, à la lutte de chaque jour, de chaque instant, qu'il nous a fallu soutenir, en vérité, je ne le pense pas. Vous connaissez trop tous les défauts de ce service, qu'un seul mot caractérise : il est d'un autre âge; et pourtant, dans ce milieu, il me fallait bien, pendant une année, traiter, opérer et guérir mes malades, et ma conscience s'alarmait d'une aussi lourde responsabilité. Si je n'ai pas failli à ma tâche, je le dois et j'en rapporte tout

le mérite à mes chers et dévoués collaborateurs. Je le dois avant tout à mes internes, MM. Diriart, Gesland, Pasteau, Isidor, Guillemot; je le dois à mon ami d'Herbécourt, qui a été chargé, durant une grande partie de l'année, du soin des instruments et du matériel d'opération et de pansement, et qui s'est acquitté de ce rôle ingrat avec une intelligence et un zèle au-dessus de tout éloge; je le dois à la bonne volonté de tous mes élèves. Vous avez été témoins de leurs efforts : ils ont tous fait tout leur devoir. Faites le vôtre, Messieurs, et vous ferez d'honnête et utile chirurgie.

TABLE DES LEÇONS

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHIRURGIE DES MEMBRES

TÊTE ET COU

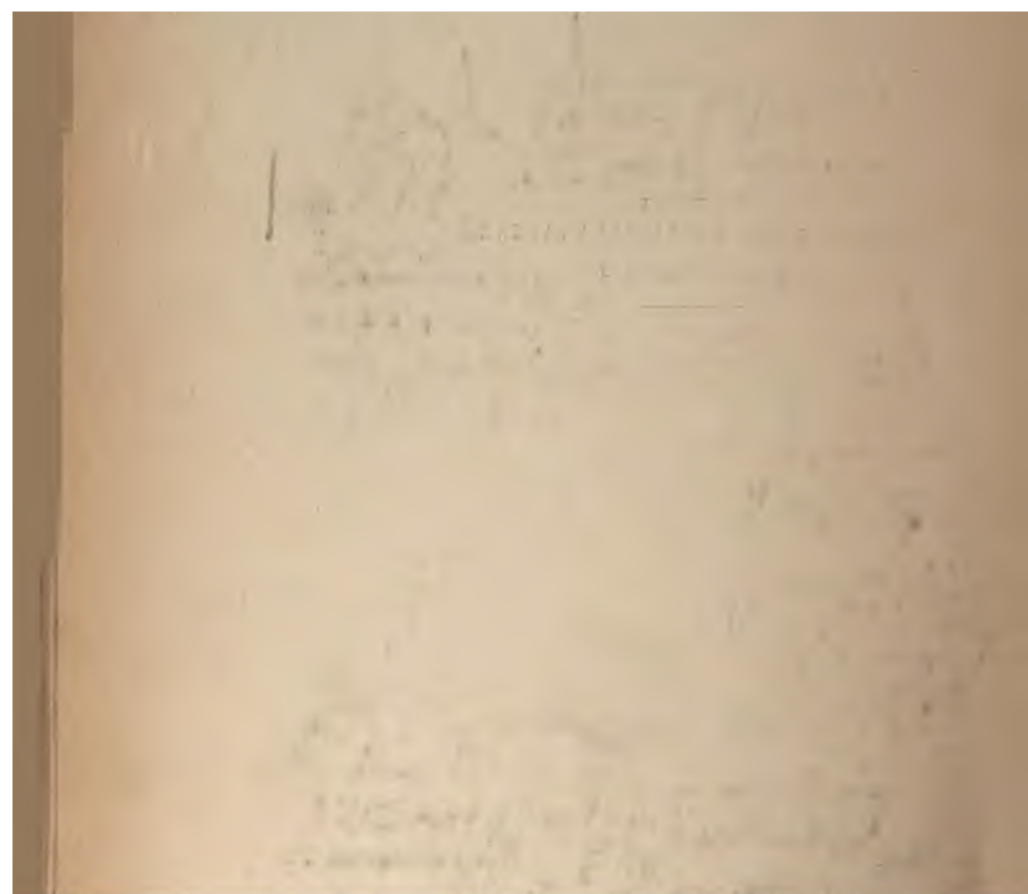
TUBE DIGESTIF

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

GYNÉCOLOGIE

INDEX ALPHABÉTIQUE

30054. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9





NAME	DATE DUE